

## **ERGO Asigurări de Viață S.A.**

**Condițiile de Asigurare atașate cardurilor de credit (Principal, Premium și Partener fără Programul „Prima Tranzacție”) emise de UniCredit Consumer Financing IFN S.A.**

**În cazul în care Persoana Asigurată aderă la Contractul de Asigurare prin semnarea Notei de Informare și Declarației de Incluziune în Asigurare, prezentele Condiții de Asigurare devin pe deplin aplicabile, fără a mai fi necesară semnarea Condițiilor de Asigurare de către Persoana Asigurată.**

### **Prevederi introductive:**

**I. Informații privind Asigurătorul ERGO Asigurări de Viață S.A.** - societate administrată în sistem dualist, cu sediul în București, Calea Floreasca nr. 175, Clădirea Floreasca Tower, etaj 6, partea A, sector 1, cod poștal 014459, înregistrată la O.R.C.T.B. sub nr. J40/6000/2009, Cod Unic de Înregistrare 25569690, societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară și înregistrată în Registrul Asigurătorilor cu nr. RA-066, Cod LEI 549300MK1V4X2UORUX05; Telefon: 031.224.86.00; Fax: 031.224.86.70, email: office@ergo.ro, [www.ergo.ro](http://www.ergo.ro)

**II. Informații privind Agentul de Asigurare Subordonat / Beneficiar / Contractantul Asigurării: UniCredit Consumer Financing IFN S.A.,** cu sediul în București, Sector 1, Str. Ghețarilor nr.23-25, et.1 și 3, este înscrisă în Registrul Intermediarilor în Asigurări sub nr. RAJ - 194913, UniCredit Bank S.A. cu sediul în București, Bd. Expoziției nr. 1F, este înscrisă în Registrul Intermediarilor în Asigurări sub nr. RAJ-58377. Registrul Intermediarilor în Asigurări este disponibil pe pagina de internet a Autorității de Supraveghere Financiară la următoarea adresă [www.asfromania.ro](http://www.asfromania.ro) - Registrul Intermediarilor în asigurări și reasigurări. **UniCredit Consumer Financing IFN S.A. și UniCredit Bank S.A.,** pot desfășura activitatea de intermediere în baza contractului de agent încheiat cu Asigurătorul, pentru asigurările prevăzute în Secțiunea C punctele 1 și 3 din Anexa 1 din Legea nr. 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare. Prezentele Condiții de Asigurare sunt aferente asigurării de viață oferite deținătorilor de carduri de credit Principal, Premium și Partener fără Programul „Prima Tranzacție”

emise de UniCredit Consumer Financing IFN S.A., în baza contractului de asigurare de grup încheiat de Contractant cu Ergo Asigurări de Viață S.A. Această asigurare oferă acoperire pentru riscurile de deces din orice cauză, invaliditate totală și permanentă, incapacitate temporară de muncă, precum și pentru pierderea involuntară a locului de muncă, evenimentele asigurate fiind prevăzute de Secțiunea A, pct. 1 lit. a) și b) și Secțiunea C, pct. 1 și 3 din Anexa 1 din Legea nr. 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare.

### **Art. 1 Definiții**

Termenii și expresiile de mai jos vor avea următoarele semnificații, aplicabile deopotrivă formelor de plural și de singular, forma articulată sau nearticulată, cu excepția cazului când se prevede expres contrariul.

**Acoperirea prin Asigurare:** reprezintă obligația Asigurătorului de a prelua răspunderea în ceea ce privește riscurile asigurate și de a plăti Indemnizația de Asigurare conform Condițiilor de Asigurare, ca urmare a producerii Evenimentului Asigurat, sub rezerva achitării Primei de Asigurare de către Persoana Asigurată.

**Accident:** reprezintă un eveniment produs de factori exteriori, subit, viitor și neașteptat, produs în Perioada de Valabilitate a Asigurării, independent de voința Persoanei Asigurate, asupra corpului acesteia, constatat obiectiv și care are ca rezultat decesul sau vătămarea corporală a Persoanei Asigurate.

**Afecțiune preexistentă:** reprezintă orice afecțiune diagnosticată, manifestată sau tratată anterior începerii Asigurării, indiferent de rezultatele tratamentului. Sunt excluse din asigurare bolile / afecțiunile preexistente ale Persoanei Asigurate la data semnării Notei de informare și Declarației de incluziune în Asigurare.

**Beneficiarul Asigurării:** reprezintă persoana îndreptățită să încaseze Indemnizația de Asigurare, în cazul producerii Evenimentului Asigurat. În înțelesul prezentelor Condiții de Asigurare, Beneficiar al Asigurării, desemnat în mod irevocabil, pe întreaga

Perioadă de Asigurare este UniCredit Consumer Financing IFN S.A.

**Asiguratul** are calitatea de Beneficiar atunci când Indemnizația de Asigurare plătită lunar, în cazul Incapacității Temporare de Muncă sau a Pierderii Involuntare a Locului de Muncă, are o valoare mai mare decât obligația financiară a Persoanei Asigurate ce rezultă din Contractul de Card de Credit încheiat cu Contractantul.

**Boală / Îmbolnăvire:** reprezintă orice modificare organică sau funcțională a echilibrului normal al organismului Persoanei Asigurate, diagnosticată de medicul specialist conform criteriilor clinice, paraclinice sau de laborator specifice, manifestată pentru prima oară ulterior Datei Începerii Asigurării și care cauzează în mod direct producerea unui Eveniment Asigurat.

**Card de Credit** (Principal, Premium sau Partener fără Programul „Prima Tranzacție”) instrument de plată electronică, emis sub sigla MasterCard, de către UniCredit Consumer Financing IFN S.A., care permit Deținătorului / Utilizatorului să utilizeze Creditul **în limita și condițiile prevăzute** în Contractul de Card de Credit.

**Ciclu de Tranzacționare:** intervalul între două Rapoarte de Activitate succesive, de regulă 30 de zile calendaristice.

**Contractantul Asigurării:** reprezintă UniCredit Consumer Financing IFN S.A.

**Contractul de Asigurare / Asigurarea:** este termenul folosit generic pentru a desemna ansamblul de documente ce reglementează raportul juridic dintre Asigurător, pe de o parte, și Contractant, Persoana Asigurată și Beneficiar, pe de altă parte, după cum urmează:

**a) Notă de informare privind Condițiile de Asigurare aferente Contractului de Asigurare de Viață de Grup atașată Contractelor de card de credit (Principal, Premium sau Partener fără Programul „Prima Tranzacție”) oferite de UniCredit Consumer Financing IFN S.A. și Declarație Includere în asigurare (Notă de Informare și Declarație Includere în asigurare):** document ce conține termenii și condițiile

produsului de asigurare, oferit Persoanei Asigurate înainte de aderarea la Contractul de Asigurare de Grup, de către Agentul de Asigurare Subordonat în numele Asigurătorului și prin care Persoana Asigurată își manifestă acordul pentru aderarea la Contractul de Asigurare de Grup încheiat de Asigurător cu Contractantul Asigurării; Nota de informare conține o declarație privind starea de sănătate a Asiguratului și cu privire la stadiul contractului individual de muncă cu angajatorul actual;

**b) Condițiile de Asigurare:** document ce conține termenii și condițiile produsului de asigurare oferit de către Asigurător;

**c) Certificat de Asigurare:** reprezintă documentul emis de către Asigurător care dovedește acceptarea Persoanei Asigurate în Contractul de Grup;

**d) Orice alt document asupra căruia s-a convenit că este parte integrantă a Contractului de Asigurare.**

**Contract de Asigurare de Grup:** este actul juridic încheiat între Contractant și Asigurător prin care acesta din urmă se obligă să preia riscurile asigurate, în schimbul plății Primelor de Asigurare de către Persoana Asigurată. Includerea în Contractul de Asigurare de Grup a Persoanelor Asigurate se va efectua prin intermediul persoanelor autorizate să desfășoare activități de bancassurance, în baza Notei de informare și Declarației de includere în Asigurare, prin emiterea Certificatului de Asigurare de către Asigurător și plata Primei de Asigurare de către Persoana Asigurată.

**Contract de Card de Credit / Contract de Credit:** actul juridic care reglementează relația de creditare dintre Persoana Asigurată și Contractantul Asigurării, în baza căruia a fost emis un Card de Credit și în temeiul căruia dispune de o Limită de Credit, în calitate de titular.

**Credit / Limita de Credit:** suma al cărei quantum este indicat în Contractul de Card de Credit, acordată Persoanei Asigurate sub forma unui credit de consum în termenii și condițiile prevăzute în Contractul de Card de Credit și accesat prin intermediul Cardului de Credit.

**Credit Scadent:** suma totală datorată ca urmare a utilizării din Limita de Credit, în cadrul unui ciclu de tranzacționare, conform Contractului de Card de Credit.

**Data Începerii Acoperirii prin Asigurare:** este data activării Cardului de Credit de către Persoana Asigurată, în condițiile prevăzute în Contractul de Card de Credit.

**Data Începerii Contractului de Asigurare:** este data emiterii Certificatului de Asigurare, ce va fi emis ulterior datei semnării de către Client a Notei de informare și Declarației de includere în Asigurare.

**Data Scadentă a Primei de Asigurare:** este data la care Asiguratul are obligația de a plăti contravaloarea Primei de Asigurare, prin debitarea automată de către Contractant a Contului de Card cu valoarea Primei de Asigurare.

**Deținătorul cardului de credit (Deținător):** titularul Contractului de Card de Credit.

**Eveniment Asigurat (Risc Asigurat):** reprezintă evenimentul viitor, imprevizibil și fortuit, produs în interiorul Perioadei Asigurate, care atrage obligația Asigurătorului de a plăti Indemnizația de Asigurare, în conformitate cu prevederile prezentelor Condiții de Asigurare.

**Indemnizație de Asigurare / Indemnizația:** reprezintă suma de bani pe care Asigurătorul o plătește Beneficiarului, conform Condițiilor de Asigurare, ca urmare a producerii unui Evenimentului Asigurat.

**Invaliditate Totală și Permanentă (din orice cauză):** pierderea anatomică sau a capacității funcționale a Persoanei Asigurate, în mod permanent pentru tot restul vieții sale, ca urmare a unui Accident sau a unei Boli petrecute după aderarea Persoanei Asigurate la Contractul de Grup, în Perioada de Valabilitate a Asigurării, constatată din punct de vedere medical conform prevederilor legale în vigoare și care privează Persoana Asigurată de posibilitatea de a desfășura activități aducătoare de venit / câștig sau de plată (invaliditate gradul I și gradul II, conform Legii 263/2010, cu modificările și completările ulterioare). Data producerii Evenimentului Asigurat în acest caz este considerată data deciziei medicale asupra capacității de muncă emisă de

medicul expert al asigurărilor sociale în baza art. 71 din Legea 263/2010.

**Incapacitate temporară de muncă (din orice cauză):** imposibilitatea totală și temporară a Persoanei Asigurate de a desfășura orice activitate profesională / lucrativă prin care poate fi procurat un venit sau câștig, ca urmare a unei boli sau a unui accident, petrecută după încheierea Asigurării și în interiorul Perioadei de Valabilitate a Asigurării, constatată din punct de vedere medical conform prevederilor legale în vigoare, cu condiția ca Persoana Asigurată, până la prima zi a întreruperii muncii, să fi desfășurat o activitate profesională / lucrativă aducătoare de venit sau câștig.

**Invaliditate Preexistentă:** - reprezintă Invaliditatea Persoanei Asigurate, existentă și diagnosticată anterior semnării Notei de Informare și Declarației de includere în Asigurare sau produsă ca urmare a unei Afecțiuni existente și diagnosticate anterior semnării Notei de Informare și Declarației de includere în Asigurare.

**Medic:** Persoană care prestează servicii medicale conform dreptului său de liberă practică eliberat de către autoritatea publică competentă și/sau de către o instituție academică acreditată, în vederea prescrierii sau aplicării de tratamente. Din această categorie sunt excluși în mod explicit membrii familiei Persoanei Asigurate precum și orice persoană care locuiește la domiciliul acesteia.

**Persoana Asigurată / Asigurat:** persoană fizică, pentru care Asigurătorul oferă acoperire prin Asigurare pentru riscurile prevăzute în prezentul document, având calitatea de titular al Cardului de Credit emis în baza Contractului de Credit semnat cu Contractantul, pentru care Asigurătorul a emis un Certificat de Asigurare, conform căruia Asiguratul are și obligația de a plăti Primele de Asigurare.

**Perioada de Calificare:** reprezintă perioada de timp calculată de la data începerii Asigurării după care se poate solicita Indemnizația de Asigurare pentru Evenimente Asigurate apărute ulterior. În cazul Pierderii Involuntare a Locului de Muncă perioada este de 90 de zile consecutive.

**Perioada de Eliminare:** este perioada de 60 de zile consecutive, calculată de la data producerii Evenimentului Asigurat de **Pierdere Involuntară a Locului de Muncă** sau Incapacitate Temporară de Muncă. După expirarea acestei perioade, Beneficiarul este, pentru prima dată, îndreptăţit să primească Indemnizaţia de Asigurare, conform prezentelor Condiţii de Asigurare. Pe durata acestei perioade, Indemnizaţia de Asigurare nu este datorată.

**Perioada de Recalificare:** este o perioadă dată de timp calculată de la data producerii ultimului Eveniment Asigurat privind **Pierderea Involuntară a Locului de Muncă**. După expirarea acestei perioade, Beneficiarul este îndreptăţit să solicite plata Indemnizaţiei de Asigurare pentru un nou Eveniment Asigurat petrecut ulterior Perioadei de Recalificare. Pe durata acestei perioade, Indemnizaţia de Asigurare nu este datorată de Asigurător. Durata Perioadei de Recalificare pentru **Pierderea Involuntară a Locului de Muncă** este de 6 luni consecutive pentru persoanele angajate cu contract de muncă sau de 12 luni consecutive pentru persoanele care au un contract de mandat / administrator, pentru directorii / administratorii de companii – în baza Legii 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată cu modificările şi completările ulterioare şi pentru persoanele care desfăşoară o activitate profesională plătită şi au optat pentru plata individuală a contribuţiilor la fondul de şomaj.

**Perioada de Valabilitate a Asigurării / Durata Asigurării:** este perioada de o lună cuprinsă între două Date Scadente consecutive, valabilitate ce se reînnoieşte automat pentru perioade de timp egale de câte o lună, cu condiţia plăţii Primei de Asigurare de către Persoana Asigurată. Prima de Asigurare pentru fiecare Perioadă de Valabilitate a Asigurării se achită anticipat, conform Certificatului de Asigurare. Prin excepţie, prima Perioadă de Valabilitate / Durată a Asigurării este cuprinsă între data activării Cardului de Credit şi data la care obligaţia de plată a celei dintâi Prime de Asigurare devine scadentă.

**Pierderea Involuntară a Locului de Muncă (PILM/ Şomaj)** reprezintă situaţia (susţinută prin acte şi proceduri oficiale) în care o persoană a rămas fără loc de muncă,

independent de voinţa sa şi îndeplineşte cumulativ următoarele condiţii:

- a) nu are loc de muncă, nu realizează venituri;
- b) este în căutarea unui loc de muncă;
- c) starea de sănătate şi capacităţile fizice şi psihice o fac aptă pentru prestarea unei munci;
- d) este disponibilă să înceapă lucrul în perioada imediat următoare, dacă ar găsi un loc de muncă;
- e) este înregistrată la Agenţia pentru Ocuparea Forţei de Muncă în a cărei rază teritorială îşi are domiciliul sau, după caz, reşedinţa;
- f) Evenimentul Asigurat s-a produs după expirarea Perioadei de Calificare sau, după caz, a Perioadei de Recalificare. Se consideră dată a producerii Evenimentului Asigurat data la care Persoana Asigurată a fost luată în evidenţa Agenţiei Judeţene pentru Ocuparea Forţei de Muncă sau a Agenţiei pentru Ocuparea Forţei de Muncă a Municipiului Bucureşti. Persoana Asigurată trebuie să dovedească data producerii, precum şi durata şi data încetării stării de Pierdere a Locului de Muncă prin transmiterea documentelor doveditoare.

**Prima de Asigurare:** suma de bani pe care Asiguratul, în calitate de plătitor al Primelor de Asigurare, este obligat să o plătească Asigurătorului, la Data Scadentă menţionată în Certificatul de Asigurare, prin debitarea contului de Card de Credit al cărui titular este şi la care se ataşează Asigurarea. Prima de Asigurare se calculează prin aplicarea lunară a ratei de primă la Suma Asigurată, la data emiterii Raportului de Activitate de către Contractant. Rata de primă este menţionată în Certificatul de Asigurare.

**Persoană Spitalizată:** reprezintă acea Persoană Asigurată care este internată într-un spital ca pacient rezident de cel puţin 24 de ore, cu serviciu complet de masă, cazare şi tratament.

**Raport de Activitate:** documentul eliberat lunar de către Contractant, în mod gratuit, la sfârşitul unui Ciclu de Tranzacţionare, care cuprinde informaţii specifice cu privire la tranzacţiile efectuate cu Cardul de Credit, inclusiv debitarea Primei de Asigurare, conform celor definite în Contractul de Card de Credit.



**Spital:** reprezintă acea instituție care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- a) deține o licență de instituție curativ-profilactică;
- b) are ca activitate principală primirea, îngrijirea și tratarea persoanelor bolnave, suferinde sau vătămate, în calitate de pacienți spitalizați;
- c) furnizează servicii de asistență medicală 24 ore pe zi, prestate de personal medical calificat;
- d) dispune de un personal cuprinzând cel puțin un Medic disponibil permanent;
- e) dispune de facilități organizate pentru diagnosticare și operații chirurgicale majore;
- f) nu este, cu titlu principal, o clinică, infirmerie, casă de odihnă sau convalescență sau altă instituție similară și nu este, altfel decât în mod accidental, un adăpost pentru alcoolici sau persoane dependente de droguri.

**Sumă Asigurată:** în cazul tuturor Asiguraților, suma asigurată este valoarea Creditului Scadent aferent Cardului de Credit, așa cum apare menționată în Rapoartele de Activitate. Suma Asigurată poate fi zero atunci când Asiguratul nu a efectuat nicio tranzacție din Limita de Credit, poate avea o valoare maximă atunci când utilizează întreaga valoare a Creditului sau poate avea o valoare intermediară.

**Suma lunară minimă de rambursat:** suma pe care Persoana Asigurată / titularul Cardului de Credit este obligat să o achite până la scadență, conform Contractului de Card de Credit, împreună cu dobânda și comisioanele aferente și după caz, Prima de Asigurare și ratele din programul PRE, astfel cum sunt acestea definite în Contractul de Card de Credit.

**Valoarea de răscumpărare:** pe toată durata de valabilitate a Contractului de Asigurare acesta nu are valoare de răscumpărare.

## Art. 2 Evenimente Asigurate.

1. Evenimentele Asigurate acoperite prin această Asigurare sunt următoarele:

- a) Decesul Persoanei Asigurate, din orice cauză, dacă acesta se petrece în interiorul Perioadei de Valabilitate a Asigurării;

b) Invaliditatea Totală și Permanentă dobândită de Asigurat, din **orice cauză**, conform prezentelor Condiții de Asigurare;

c) Incapacitatea Temporară de Muncă dobândită de Asigurat, din **orice cauză**, conform prezentelor Condiții de Asigurare;

d) Pierderea Involuntară a Locului de Muncă de către Asigurat.

2. Persoanele Asigurate cu vârsta mai mare de 65 de ani sunt acoperite prin Asigurare doar pentru Deces din Accident.

## Art. 3 Criterii de Eligibilitate.

1. Persoana fizică, care solicită preluarea în Asigurare de către Asigurător, în calitate de Persoană Asigurată, trebuie să îndeplinească în mod cumulativ următoarele criterii:

a) are calitatea de client al Contractantului cu care a încheiat un Contract de Card de Credit, în calitate de titular;

b) la Data Începerii Asigurării are cel puțin 18 ani împliniți, însă fără să fi împlinit 75 de ani la data activării Cardului de Credit. În sensul prezentelor Condiții de Asigurare, vârsta se calculează scăzând din anul calendaristic în care se încheie Asigurarea, anul calendaristic în care s-a născut Persoana Asigurată;

c) confirmă în scris că este de acord cu prezentele Condițiile de Asigurare, aplicabile Certificatului de Asigurare;

d) se află într-o stare bună de sănătate în conformitate cu declarația stării de sănătate cuprinsă în Nota de informare și Declarația de includere în Asigurare, declarație semnată de Persoana Asigurată pe propria răspundere;

e) confirmă îndeplinirea condițiilor cu privire la activitatea profesională desfășurată, menționate la punctul 3 de mai jos, prin semnarea Notei de informare și Declarației de includere în Asigurare, cu excepția pensionarilor.

2. După Data Începerii Contractului de Asigurare, Asiguratul are obligația de a informa Asigurătorul, complet și în conformitate cu realitatea, în termen de 30 de zile calendaristice, în privința oricăror modificări care au drept consecință nerespectarea atât a criteriilor de

eligibilitate prevăzute în prezentul articol, cât și a raporturilor contractuale în baza contractului de administrator sau de mandat.

2. Pentru a putea fi acceptată în Asigurarea pentru Pierderea Involuntară a Locului de Muncă, o Persoană Propusă spre Asigurare trebuie să îndeplinească, în mod cumulativ și următoarele condiții:

- a) să desfășoare o activitate profesională plătită sub forma drepturilor de autor, diurne, activitate independentă (de exemplu: activități din profesii liberale: Medici, Avocați (stagiați sau definitiv), Notari publici, Arhitecți, Contabili, Consultanți, Auditori financiari, Executori judecătorești, Evaluatori, Lichidatori, Psihologi sau activități economice exercitate în calitate de PFA: programatori, consultanți software, traducători autorizați, meditari, prestatori de servicii (designeri, maseuri, frizeri, cosmeticieni, instalatori, electricieni), sau
- b) o activitate în baza: unui contract individual de muncă încheiat pe o perioadă nedeterminată (cu cel puțin 10 ore lucrătoare săptămânal) sau unui contract individual de muncă încheiat pe o perioadă determinată dacă acoperă perioada Contractului de Card de Credit sau un contract de mandat /management /administrator pentru directorii/administratorii de companii - în baza Legii 31/1990 privind societățile comerciale, republicată cu modificările și completările ulterioare sau pentru persoanele care încheie contract de management/mandat cu companii instituții financiare, companii multinaționale / reprezentanță companie multinațională;
- c) să aibă o vechime în profesie sau la actualul loc de muncă de cel puțin 3 luni;
- d) să nu facă obiectul niciunei proceduri de concediere (individuală / colectivă) sau să fi primit o notificare din partea angajatorului / companiei pentru încetarea relațiilor contractuale în baza contractului de mandat sau administrator;
- e) la data semnării Notei de informare și Declarației de includere în Asigurare, după caz, să nu fi transmis sau să nu fi primit din partea angajatorului / companiei o solicitare de încetare prin acordul părților a raporturilor de muncă sau a raporturilor contractuale în baza contractului de administrator sau de mandat;
- f) la data semnării Notei de informare și Declarației de includere în Asigurare, după caz, să nu fi solicitat încetarea unilaterală a raporturilor de muncă sau a

3. În înțelesul prezentelor Condiții de Asigurare este considerată Șomer și orice persoană care a contribuit în mod voluntar la fondul / bugetul de șomaj și care poate demonstra că este șomer prin prezentarea documentelor specifice:

- a) Copie a contractului de asigurare pentru șomaj, încheiat cu Agenția pentru Ocuparea Forței de Muncă în a cărei rază își au domiciliul sau reședința;
- b) Copie a carnetului de evidență, vizat de către Agenția Județeană pentru Ocuparea Forței de Muncă sau Agenția pentru Ocuparea Forței de Muncă a Municipiului București;
- c) Copie a dispoziției privind stabilirea dreptului de indemnizație de șomaj, care va conține obligatoriu data de la care Asiguratul primește indemnizația de șomaj.

4. În cazul **Pierderii Involuntare a Locului de Muncă**, se consideră dată a producerii Evenimentului Asigurat data la care Persoana Asigurată a fost luată în evidența Agenției Județene pentru Ocuparea Forței de Muncă sau a Agenției pentru Ocuparea Forței de Muncă a Municipiului București.

5. Persoana Asigurată trebuie să dovedească data începerii, precum și durata și data încetării perioadelor de Șomaj sau de Incapacitate Temporară de Muncă, prin transmiterea documentelor doveditoare.

6. Persoana Asigurată este obligată să răspundă în scris, complet și în conformitate cu realitatea la întrebările conținute în Nota de informare și Declarația de includere în Asigurare, precum și la orice alte întrebări adresate în scris de către Asigurător. Această obligație este valabilă și în cazul operării de modificări la oricare dintre documentele ce compun Contractul de Asigurare.

7. Furnizarea de răspunsuri neconforme cu realitatea sau incomplete la întrebările adresate de Asigurător atrage nulitatea Certificatului de Asigurare și determină încetarea Acoperirii prin Asigurare. În această situație, Asigurătorul este scutit de plata Indemnizației de Asigurare. Primele plătite rămân dobândite Asigurătorului. Celelalte obligații ale Asigurătorului, astfel cum sunt stabilite în Condițiile de Asigurare, încetează să existe la data încetării Acoperirii prin Asigurare. Asigurătorul va informa în scris Contractantul cu privire la operarea oricăror modificări

determinate de caracterul fals sau incomplet al declarațiilor / informațiilor furnizate la completarea Notei de Informare și Declarației de includere în Asigurare.

#### **Art. 4 Indemnizația de Asigurare.**

1. Obligația de plată a Indemnizației de Asigurare devine exigibilă în maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii de către Asigurător a tuturor documentelor necesare soluționării dosarului de daună, dacă sunt îndeplinite condițiile de acordare a Indemnizației de Asigurare și Asigurătorul a primit toate documentele solicitate, conform prevederilor Condițiilor de Asigurare.

2. Asigurătorul datorează plata Indemnizației de Asigurare, în cazul producerii oricărui Eveniment Asigurat, cu condiția ca, în Raportul de Activitate emis de Contractant anterior producerii Evenimentului Asigurat, valoarea Creditului Scadent / Sumei Asigurate să fie mai mare de 0 Lei.

3. În cazul **Decesului din orice cauză** a Persoanei Asigurate, petrecut în Perioada de Valabilitate a Asigurării, Indemnizația de Asigurare este egală cu valoarea tranzacțiilor efectuate de către Persoana Asigurată până la data producerii Evenimentului Asigurat, astfel cum este aceasta reflectată în primul Raport de Activitate ulterior datei producerii Evenimentului Asigurat. Asigurătorul plătește Indemnizația datorată în caz de Deces Contractantului, acesta având și calitatea de Beneficiar desemnat de către Asigurat prin semnarea Notei de informare și Declarației de includere în Asigurare.

4. În cazul dobândirii de către Persoana Asigurată a unei **Invalidități Totale și Permanente din orice cauză**, în interiorul Perioadei de Valabilitate a Asigurării, Indemnizația de Asigurare este egală cu valoarea Creditului Scadent la data producerii cauzelor ce au condus la apariția Evenimentului Asigurat. Asigurătorul plătește Indemnizația datorată în caz de Invaliditate Totală și Permanentă Contractantului, acesta având și calitatea de Beneficiar desemnat de către Asigurat prin semnarea Notei de informare și Declarației de includere în Asigurare.

5. În cazul dobândirii de către Persoana Asigurată a unei **Incapacități Temporare de Muncă din orice cauză**, în interiorul Perioadei de Valabilitate a Asigurării,

obligația Asigurătorului de a plăti Indemnizația devine exigibilă cu condiția ca Incapacitatea Temporară de Muncă să se mențină fără întrerupere pe toată durata Perioadei de Eliminare. Indemnizația de Asigurare este fixă, fiind egală cu 5% din valoarea Creditului Scadent, în cazul cardurilor de tip Principal și Premium, și de 9% din valoarea Creditului Scadent, în cazul cardului Partener, așa cum apare ilustrată în Raportul de Activitate emis de Contractant anterior datei producerii Evenimentului Asigurat. Indemnizația de Asigurare este plătită lunar Contractantului pe toată durata Incapacității Temporare de Muncă a Asiguratului, începând cu prima dată scadentă a Contractului de Card de Credit, ulterioară expirării Perioadei de Eliminare. Asigurătorul va plăti Indemnizația de Asigurare pentru a acoperi obligațiile lunare de plată ale Asiguratului pentru maximum 6 date scadente consecutive ale Contractului de Card de Credit, pentru un Eveniment Asigurat, dar nu mai mult de 9 date scadente consecutive ale Contractului de Card de Credit, pentru un Eveniment Asigurat, doar în cazul Asiguraților care, la data semnării Notei de informare și Declarației de includere în Asigurare, nu sunt eligibili pentru acoperirea riscului privind Pierderea Involuntară a Locului de Muncă. Indemnizația de Asigurare pentru Incapacitatea Temporară de Muncă este datorată de către Asigurător pentru a acoperi obligațiile lunare de plată pentru maximum 18 date scadente ale Contractului de Card de Credit, considerând întreaga Durată a Asigurării, reprezentând Indemnizația de Asigurare totală ce se poate achita în caz de Incapacitate Temporară de Muncă. Ulterior plății Indemnizației de Asigurare totale pentru Incapacitatea Temporară de Muncă, Asigurarea nu încetează, Persoana Asigurată având în continuare obligația de a plăti Prima de Asigurare, putând beneficia de Acoperire prin Asigurare în cazul producerii celorlalte Evenimente Asigurate. Atunci când Asigurătorul plătește o Indemnizație de Incapacitate Temporară de Muncă, iar ulterior, în termen de maximum 60 de zile de la data ultimei plăți lunare a Indemnizației de Asigurare, Asiguratul dobândește o nouă Incapacitate Temporară de Muncă, ca urmare a revenirii afecțiunilor ce au determinat plata Indemnizației inițiale, aceasta este considerată o continuare a primului Eveniment Asigurat, nefiind aplicată o nouă Perioadă de Eliminare. Valoarea Indemnizației pentru noua Incapacitate Temporară de Muncă se determină conform dispozițiilor de mai sus din cadrul acestui paragraf, fiind plătită începând cu prima dată scadentă a Contractului de Card de Credit, ulterioară primei zile a noii Incapacități Temporare de Muncă. Dacă noua Incapacitate Temporară de Muncă se instalează după mai mult de 60 de zile de la data plății ultimei Indemnizației lunare pentru Incapacitatea Temporară de Muncă inițială, atunci aceasta este considerată un nou

Eveniment Asigurat, iar Asigurătorul va acorda Indemnizația conform prevederilor acestui articol, cu aplicarea unei noi Perioade de Eliminare. Asigurătorul plătește Indemnizația de Asigurare datorată în caz de Incapacitate Temporară de Muncă către Contractantul Asigurării, acesta având și calitatea de Beneficiar desemnat de către Asigurat prin semnarea Notei de informare și Declarației de includere în Asigurare. Atunci când Indemnizația de Asigurare plătită lunar depășește valoarea Sumei lunare minime de rambursat, conform Raportului de Activitate lunar emis de Contractant, diferența va fi achitată Persoanei Asigurate.

**6. În cazul Pierderii Involuntare a Locului de Muncă** de către Persoana Asigurată, în interiorul Perioadei de Valabilitate a Asigurării, obligația Asigurătorului de a plăti Indemnizația devine exigibilă cu condiția ca producerea Evenimentului Asigurat să aibă loc după scurgerea Perioadei de Calificare, iar perioada de șomaj să se mențină fără întrerupere pe toată durata Perioadei de Eliminare. Indemnizația de Asigurare este fixă, fiind egală cu 5% din valoarea Creditului Scadent în cazul cardurilor de tip Principal și Premium, și de 9% din valoarea Creditului Scadent pentru cardul Partener, așa cum apare ilustrată în primul Raport de Activitate emis de Contractant anterior datei producerii Evenimentului Asigurat. Indemnizația de Asigurare este plătită lunar pe toată durata perioadei de Șomaj a Asiguratului, începând cu prima dată scadentă a Contractului de Card de Credit ulterioară expirării Perioadei de Calificare și a Perioadei de Eliminare. Asigurătorul va plăti Indemnizația de Asigurare pentru a acoperi obligațiile lunare de plată pentru maximum 6 date scadente consecutive ale Contractului de Card de Credit, pentru un Eveniment Asigurat. Indemnizația de Asigurare pentru Pierderea Involuntară a Locului de Muncă (PILM) este datorată de către Asigurător pentru a acoperi obligațiile lunare de plată pentru maximum 18 date scadente ale Contractului de Card de Credit, considerând întreaga Durată a Asigurării, reprezentând Indemnizația de Asigurare totală ce se poate achita în caz de **Pierdere Involuntară a Locului de Muncă**. Ulterior plății Indemnizației de Asigurare totale pentru **Pierdere Involuntară a Locului de Muncă**, Asigurarea nu încetează, Persoana Asigurată având în continuare obligația de a plăti Prima de Asigurare, putând beneficia de Acoperire prin Asigurare în cazul producerii celorlalte Evenimente Asigurate. Asigurătorul plătește Indemnizația de Asigurare datorată în caz de **Pierdere Involuntară a Locului de Muncă** către Contractant, acesta având și calitatea de Beneficiar, desemnat de către Asigurat prin semnarea Notei de informare și Declarației de includere în Asigurare. Atunci când Indemnizația de Asigurare plătită lunar depășește

valoarea Sumei lunare minime de rambursat, conform Raportului de Activitate lunar emis de Contractant, diferența va fi achitată Persoanei Asigurate. În condițiile plății de către Asigurător a unei Indemnizații pentru unul sau mai multe Evenimente Asigurate de tip **Pierdere Involuntară a Locului de Muncă**, pentru o perioadă ce acoperă mai mult de 6 date scadente ale Contractului de Card de Credit, Asiguratul este eligibil pentru plata unei noi Indemnizații de Asigurare pentru **Pierderea Involuntară a Locului de Muncă** după expirarea unei Perioade de Recalificare neîntrerupte, calculată de la data plății de către Asigurător a Indemnizației aferentă celei de a 6-a date scadente a Contractului de Card de Credit, în conformitate cu articolul 4, punctul 6.

**7. În cazul producerii concomitente a două Evenimente Asigurate:** Incapacitate Temporară de Muncă și Pierderea Involuntară a Locului de Muncă, Asigurătorul va plăti Indemnizația de Asigurare aferentă Evenimentului care se produce primul, conform documentației de daună. Indemnizația de Asigurare aferentă celui de-al doilea Eveniment, în funcție de data producerii, va fi plătită de Asigurător exclusiv în situația în care condițiile de acordare sunt îndeplinite la data încetării primului Eveniment Asigurat.

#### Art. 5 Excluderi.

**Excluderi generale:** Asigurătorul este exonerat de plata Indemnizației de Asigurare dacă Evenimentul Asigurat s-a produs ca urmare a:

- a) războiului, ocupației, actelor unor inamici străini, stării de război declarate sau nedecarate, inclusiv legea marțială, războiului civil, insurecției, rebeliunii, revoluției, dictaturii militare;
- b) utilizării de arme de distrugere în masă nucleare, biologice sau chimice;
- c) participării active a Persoanei Asigurate la demonstrații ilegale, revolte, acțiuni teroriste, sabotaj sau acțiuni incriminate de legea penală inclusiv participarea la pregătirea sau desfășurarea acestora sau participarea la represiunea acestora inclusiv opunerea la arest;
- d) participării Persoanei Asigurate la serviciul militar sau exercitarea oricărei forme de activitate polițienească în orice țară sau autoritate națională sau internațională, în perioadă de pace sau război;
- e) manipulării armelor, explozibililor, substanțelor inflamabile sau toxice;



- f) rezultatului unor boli sau răni cauzate direct sau indirect de energia nucleară, lămpii ionizante, radiații radioactive sau similare, inclusiv expunerea pe termen mai lung a organismului Persoanei Asigurate la efectele acestora;
- g) oricăror activități de zbor cu excepția pasagerilor care zboară în avioane comerciale care transportă pasageri în baza unei autorizații publice valabile sau transportului pe cale aeriană a pacienților sau persoanelor rănite și a însoțitorilor;
- h) sinuciderii sau tentativei de sinucidere în primii doi ani de la data începerii Perioadei de Valabilitate a Asigurării;
- i) unor Boli / Afecțiuni Preexistente sau Invalidități Preexistente;
- j) ingerării de alcool, droguri sau alte substanțe care creează dependență fără prescripție medicală, inclusiv alcoolism cronic;
- k) călătoria sau conducerea de către Persoana Asigurată a unui ATV, unei motociclete sau scuter cu o capacitate cilindrică mai mare de 125 cm<sup>3</sup>;
- l) unei infecții (cu excepția infecției dobândite ca urmare a Evenimentului Asigurat);
- m) decesului, invalidității sau incapacității (inclusiv din Accident) apărute ca rezultat al unei boli cu transmitere sexuală sau ca rezultat a contractării virusului HIV, dacă acest eveniment a apărut într-o perioadă de cel mult doi ani de la Data Începerii Acoperirii prin Asigurare;
- n) unui Accident ce a fost provocat de un infarct miocardic sau un atac de apoplexie; astfel de evenimente nu sunt considerate niciodată Evenimente Asigurate chiar dacă sunt consecința unui Accident;
- o) unei boli mintale sau pierderii cunoștinței generate / cauzate de starea de beție sau de consumul de droguri;
- p) săvârșirii de către Persoana Asigurată a unei fapte sancționate care contravine legislației penale sau contravenționale în vigoare;
- r) practicării de către Persoana Asigurată a unui sport ca sportiv profesionist;
- s) participării la orice fel de cursă sau competiție (inclusiv antrenamentul pentru aceasta);
- t) participării Persoanei Asigurate la activități periculoase ca vânatoare, călărie, pescuit, navigație pe distanțe lungi realizată individual, arte marțiale, box, participării la doborârea de recorduri;
- u) sporturilor pentru practicarea cărora sunt folosite vehicule cu motor;
- v) practicării de sporturi extreme (ex. scufundări, rafting, speologie, cățărare, escaladare, sărituri cu coarda elastică, parașutism).
- Excluderi speciale:** În cazul producerii riscurilor de tip Invaliditate Totală și Permanentă și Incapacitate Temporară de Muncă, Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației de Asigurare și dacă Evenimentul Asigurat s-a produs din cauza:
- a) Accidentului sau bolii provocate intenționat de către Persoana Asigurată, inclusiv consecințele acestora, fără deosebire dacă, la apariția lor, Persoana Asigurată era într-o stare normală de sănătate sau ca rezultat al unei tulburări psihiatrice, mentale sau nervoase;
- b) Continuării, consecințelor sau recidivelor unei boli sau răniri apărute înaintea intrării în vigoare a Contractului de Asigurare și care a fost diagnosticată anterior datei la care a devenit efectiv Contractul de Asigurare;
- c) Consecințelor accidentelor apărute anterior datei la care a devenit efectiv Contractul de Asigurare;
- d) Unei tulburări degenerative ale coloanei vertebrale / polidiscopatie și consecințele lor directe sau indirecte, dureri de spate fără un diagnostic medical;
- e) Unei boli mentale sau modificări ale stării mentale a Persoanei Asigurate, inclusiv astenie, depresie și stres legate de tulburări;
- f) Tratatului medical administrat la cererea Persoanei Asigurate și care nu are o motivație medicală sau este realizat ca și operație de chirurgie estetică;
- g) Întreruperii voluntare a sarcinii, inclusiv consecințele acesteia;
- h) Spitalizare ca urmare a agravării consecințelor Accidentului, dacă aceasta a fost precedată de o altă spitalizare din același Accident;
- i) Spitalizării intervenite ulterior unei alte spitalizări când perioada dintre acestea este mai mare de o zi lucrătoare (calculată de la externare până la următoarea internare), urmare a refuzului Persoanei Asigurate de a se interna sau rămâne internată într-un anumit spital, ambele spitalizări fiind consecința aceluiași Accident;
- j) Unui tratament spa, de reabilitare sau curativ, inclusiv spitalizarea în acest scop, cu excepția cazului în care acestea au fost recomandate de către un medic și a fost obținut în prealabil acordul scris al Asigurătorului.

În cazul producerii riscului de Pierdere Involuntară a Locului de Muncă (Șomaj), Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației de Asigurare și dacă Evenimentul Asigurat s-a produs în următoarele condiții:

- a) La data semnării Notei de informare și Declarației de includere în Asigurare, Persoana Asigurată a cunoscut faptul că făcea parte dintr-un grup de persoane a căror angajare ia sfârșit;
- b) Anterior semnării Notei de informare și Declarației de includere în Asigurare, Persoana Asigurată a fost anunțată de către angajator că va fi disponibilizat sau la data semnării Notei de informare și Declarației de includere în Asigurare, Persoana Asigurată era deja șomer;
- c) La Data Începerii Acoperirii prin Asigurare, Persoana Asigurată începuse procedura legală referitoare la încetarea raporturilor de muncă;
- d) Pierderea Locului de Muncă este o consecință a încălcării disciplinei în muncă;
- e) Pierderea Locului de Muncă a apărut în timpul perioadei de probă sau la terminarea acesteia contractul de muncă nu a fost prelungit;
- f) Pierderea Locului de Muncă este rezultatul rezilierii contractului de muncă din inițiativa angajatului sau ca urmare a acordului părților;
- g) Pierderea Locului de Muncă este rezultatul ajungerii la termen a unui angajament pe perioadă determinată;
- h) Pierderea Locului de Muncă este rezultatul aplicării prevederilor altei legislații decât cea din România;
- i) Persoana Asigurată refuză să ocupe un alt loc de muncă în cadrul companiei la care este angajat, ca urmare a procesului de restructurare a postului pe care îl ocupă;
- j) Persoana Asigurată este rudă de gradul 1 cu administratorul, acționarul, asociatul sau conducătorul angajatorului de la care a fost disponibilizat sau dacă este acționar semnificativ al angajatorului care l-a disponibilizat.

## **Art. 6 Obligațiile Persoanei Asigurate în cazul producerii Evenimentului Asigurat.**

1. În cazul producerii Evenimentului Asigurat, Asigurătorul are obligația plății Indemnizației de Asigurare, conform prezentelor Condiții de Asigurare.
2. Persoana Asigurată / moștenitorii săi legali / testamentari / reprezentanții acesteia au obligația de a informa Asigurătorul cu privire la producerea Evenimentului Asigurat, printr-o notificare scrisă, în

termen de maximum 30 de zile de la data producerii Evenimentului Asigurat pentru care se solicită plata Indemnizației de Asigurare. Pentru moștenitorii legali / testamentari, termenul prevăzut în prezentul articol curge de la data la care oricare dintre aceștia a luat la cunoștință, în oricare mod, de existența Asigurării sau a producerii Evenimentului Asigurat.

3. În vederea soluționării dosarului de daună, Persoana Asigurată / moștenitorii săi legali / testamentari / reprezentanții Asiguratului au obligația de a furniza Asigurătorului, pe cheltuiala proprie, în termen de maximum 60 de zile de la data producerii Evenimentului Asigurat, următoarele documente:

**3.1 Certificatul de Asigurare** în original (sau duplicatul emis ulterior de către Asigurător, în original). În cazul în care Certificatul de Asigurare nu este disponibil în original, Persoana Asigurată / moștenitorii săi legali / testamentari / reprezentanții Asiguratului vor depune o copie pe care se va face mențiunea că originalul Certificatului de Asigurare a fost pierdut; dacă nici copia Certificatului de Asigurare nu este disponibilă, se va depune o declarație pe proprie răspundere a Persoanei Asigurate / moștenitorilor legali / testamentari cu privire la faptul că originalul Certificatului de Asigurare a fost pierdut. În cazul prezentării Certificatului de Asigurare în copie sau în cazul prezentării declarației pe proprie răspundere, se va atașa și copia actului de identitate al persoanei semnatare a declarației pe proprie răspundere cu privire la pierderea Certificatului de Asigurare original.

**3.2 Formularul “Notificarea Producerii Evenimentului Asigurat”** completat și semnat de către Persoana Asigurată / moștenitorii săi legali / testamentari / reprezentanții Persoanei Asigurate;

**3.3 Actul de identitate** al persoanei care solicită plata Indemnizației de Asigurare (copie) și dovada că este îndreptățit/ă să primească Indemnizația de Asigurare, pentru situațiile în care Beneficiar este Asiguratul/moștenitorii legali/testamentari;

**3.4 Ultimul Raport de Activitate** emis de Contractant anterior producerii Evenimentului Asigurat, precum și primul Raport de Activitate emis de Contractant ulterior producerii Evenimentului Asigurat;

**3.5 Orice alte documente** solicitate de către Asigurător, care sunt necesare pentru stabilirea obligației sale de plată. Suplimentar, în funcție de Evenimentul Asigurat notificat, Asigurătorul va solicita următoarele documente:

**3.6 În cazul Decesului** Asiguratului, data producerii Evenimentului Asigurat este considerată data decesului Asiguratului, așa cum este specificată în documentele oficiale constatatoare ale decesului, fiind solicitate următoarele documente:

- i. *Certificatul medical constatator al decesului* (copie, conformă cu originalul);
- ii. *Certificatul de deces* al Persoanei Asigurate (copie legalizată);
- iii. Orice alt document oficial emis de instituțiile competente, cu privire la cauzele și împrejurările în care s-a produs Evenimentul Asigurat (copie conform cu originalul);
- iv. Documente medicale relevante (ex.: fișa medicală, bilet de ieșire din spital, rezultate analize efectuate etc.) privind toate antecedentele medicale precum și cauzele care au determinat decesul Persoanei Asigurate, având parafa medicului care le-a eliberat, (copie);
- v. În cazul Decesului din Accident va fi prezentat și procesul verbal emis de către organele competente cu privire la cauzele și împrejurările producerii Accidentului sau orice acte relevante care pot demonstra împrejurările în care s-a produs Accidentul (copie conformă cu originalul);

**3.7 În cazul producerii Invalidității Totale Permanente:**

- i. Copie a deciziei de pensionare pentru Invaliditate Totală Permanentă, emisă de către Casa Teritorială de Pensii;
- ii. Certificat medical privind starea de sănătate a Persoanei Asigurate (copie);
- iii. Decizia pentru încadrarea într-un grad de invaliditate emisă de către medicul expert al asigurărilor sociale (copie);
- iv. Documente medicale relevante (ex.: fișa medicală, bilet de ieșire din spital, rezultate analize efectuate etc.) privind toate antecedentele medicale.

**3.8 În cazul producerii Incapacității Temporare de Muncă:**

- i. Copie a certificatului medical care atestă Incapacitatea Temporară de Muncă, emis de către un Medic sau de către o instituție medicală, cu codul de diagnostic, confirmat de către un Medic sau de o instituție medicală unde Persoana Asigurată a fost sau este sub îngrijire pentru respectiva Incapacitate Temporară de Muncă;

ii. Copie a avizului medicului expert al asigurărilor sociale în cazul în care se solicită prelungirea concediului medical pentru o perioadă mai mare de 90 de zile;

iii. Orice alte documente medicale relevante, de ex.: foaia de observație (copie conform cu originalul), bilet de ieșire din spital (copie conform cu originalul), rezultatele analizelor efectuate (copie conform cu originalul), fișă medicală (copie conform cu originalul) precum și orice alte documente medicale relevante privind antecedentele medicale și privind cauzele care au determinat Spitalizarea Persoanei Asigurate (cu parafa medicului care le-a eliberat);

iv. Procesul-verbal emis de către organele competente cu privire la împrejurările producerii Accidentului sau orice acte relevante care pot demonstra împrejurările în care s-a produs Accidentul (este necesar doar în cazul Incapacitate Temporară de Muncă din Accident) – copie.

**3.9 În cazul Pierderii Involuntare a Locului de Muncă:**

i. Copie a contractului de muncă vizat de către Inspectoratul Teritorial de Muncă;

ii. adeverința de vechime vizată de către Inspectoratul Teritorial de Muncă;

iii. Copie a Deciziei angajatorului de încetare a raporturilor de muncă;

iv. Copie a dispoziției privind stabilirea dreptului de indemnizație de șomaj, care va conține obligatoriu data de la care Persoana Asigurată primește indemnizația de șomaj;

v. Copie a carnetului de evidență, vizat de către Agenția Județeană pentru Ocuparea Forței de Muncă sau Agenția pentru Ocuparea Forței de Muncă a Municipiului București;

vi. În cazul în care Persoana Asigurată nu este beneficiarul Indemnizației de Șomaj sau orice altă formă de ajutor social care poate înlocui Indemnizația de Șomaj, o copie a adeverinței ce atestă faptul că Persoana Asigurată este înscrisă la Agenția Județeană sau a Municipiului București pentru Ocuparea Forței de Muncă pentru un plan individual de mediere (respectiv se află pe lista persoanelor care sunt în căutarea unui loc de muncă);

vii. O copie a dispoziției privind respingerea dreptului de indemnizație de șomaj (care va conține obligatoriu motivul respingerii).

4. Dacă plata Indemnizației de Asigurare pentru **Pierderea Involuntară a Locului de Muncă** sau Incapacitate Temporară de Muncă se prelungește pentru o perioadă mai mare de 1 lună calendaristică, Persoana Asigurată este obligată să transmită Asigurătorului, până în data de 15 ale lunii, pentru luna precedentă care tocmai s-a încheiat, o copie a carnetului de evidență al Persoanei Asigurate vizat la zi de către Agenția Județeană sau a Municipiului București pentru Ocuparea Forței de Muncă, sau o confirmare scrisă că este înregistrat într-un plan individual de mediere la Agenția Județeană sau a Municipiului București pentru Ocuparea Forței de Muncă sau după caz, fie o copie a documentului medical care atestă prelungirea stării de Incapacității Tempore de Muncă. Indemnizația de Asigurare se plătește doar pe luni calendaristice întregi. Asigurătorul nu va calcula Indemnizația de Asigurare pentru fracțiuni de lună.

5. La solicitarea Asigurătorului, vor fi furnizate orice alte documente necesare determinării obligației de plată a Asigurătorului precum și cuantumul acestei obligații.

6. Dacă Persoana Asigurată / moștenitorii săi legali / testamentari nu depun la Asigurător documentele menționate în prezentul articol, Asigurătorul nu va putea fi obligat la plata Indemnizației de Asigurare dacă din acest motiv nu a putut fi determinată cauza producerii Evenimentului Asigurat și cuantumul Indemnizației de Asigurare.

7. Persoana Asigurată are obligația de a coopera cu Asigurătorul pe parcursul investigării Evenimentului Asigurat ce constituie baza pretențiilor formulate.

8. Orice refuz sau informație falsă furnizată de către Persoana Asigurată / moștenitorii săi legali / testamentari care împiedică Asigurătorul să determine cauzele producerii Evenimentului Asigurat, va da dreptul Asigurătorului de a refuza plata Indemnizației de Asigurare.

9. În cazul în care Persoana Asigurată / moștenitorii legali / testamentari nu raportează producerea Evenimentului Asigurat și nu dovedește începutul sau durata perioadei de Șomaj sau de Incapacitate Temporară de Muncă în interiorul termenului de notificare stabilit în prezentele Condiții de Asigurare, Asigurătorul are dreptul să refuze plata Indemnizației de Asigurare. De asemenea, Asigurătorul nu va fi responsabil pentru consecințele neobținerii sau nefurnizării de către Persoana Asigurată / moștenitorii legali / testamentari a tuturor documentelor

solicitate și necesare pentru stabilirea obligației de plată și nici nu va putea fi obligat la plata Indemnizației de Asigurare.

10. Data la care se consideră complet dosarul pentru evaluarea daunei și determinarea obligației finale de plată este data la care Asigurătorul primește ultimul document solicitat cu privire la Evenimentul Asigurat.

11. Încetarea perioadei de Șomaj sau de Incapacitate Temporară de Muncă va fi notificată Asigurătorului și Contractantului de către Persoana Asigurată în termen de 15 zile lucrătoare.

12. În cazul în care Persoana Asigurată își pierde locul de muncă și, ca urmare a acestui fapt, dobândește statutul de șomer, el/ea este obligat/ă să formuleze o cerere pentru a fi înscris în evidența Agenției Județene sau a Municipiului București pentru Ocuparea Forței de Muncă și să își caute în mod activ un loc de muncă.

13. Dacă Persoana Asigurată dispare sau este imposibilă o identificare obiectivă a corpului său, această situație se asimilează cu decesul Persoanei Asigurate numai dacă există în acest sens o hotărâre definitivă și irevocabilă a unei instanțe judecătorești din România sau o hotărâre judecătorească a unei instanțe dintr-un alt stat, recunoscută în România.

14. Toate certificatele, informațiile și dovezile cerute de către Asigurător vor trebui să satisfacă cerințele de formă și conținut specificate de acesta. Costurile legate de obținerea, traducerea și expedierea documentelor solicitate vor fi suportate de către persoana care a expediat aceste documente.

15. Notificarea Evenimentului Asigurat poate fi transmisă atât direct către Asigurător, cât și către Contractantul Asigurării care va avea obligația de a informa Asigurătorul în maximum 3 zile lucrătoare despre notificarea primită.

## Art. 7 Prima de Asigurare.

1. Prima de Asigurare reprezintă suma de bani pe care Persoana Asigurată are obligația de a o achita pentru serviciile de asigurare furnizate de Asigurător, fiind calculată prin înmulțirea ratei de primă, specificată în Certificatul de Asigurare, cu valoarea Creditului Scadent așa cum apare calculat în fiecare Raport de Activitate



emis de Contractant la finalul fiecărui Ciclu de Tranzacționare.

2. Obligația de plată a Primei de Asigurare devine exigibilă numai cu condiția ca la data emiterii Raportului de Activitate de către Contractant, Creditul Scadent să aibă o valoare mai mare de 0 Lei, ca urmare a efectuării de tranzacții de către Persoana Asigurată. Dacă în Raportul de Activitate valoarea Creditului Scadent este zero, atunci valoarea Primei de Asigurare este zero.

3. Prima de Asigurare se plătește de către Persoana Asigurată, prin intermediul Contractantului, prin debitarea lunară de către acesta a sumei corespunzătoare din Limita de Credit aferentă Cardului de Credit, la Data Scadentă a Primei de Asigurare. Prin semnarea Notei de informare și Declarației de includere în Asigurare, Persoana Asigurată își exprimă acordul privind debitarea Primei lunare de Asigurare din Contul de Card de Credit.

4. Plata Primei de Asigurare este considerată a fi efectuată la ora 00:00 a zilei calendaristice ulterioară celei în care Contractantul a diminuat Limita de Credit disponibilă cu valoarea Primei lunare de Asigurare, plata fiind făcută în vederea activării / reactivării Acoperirii prin Asigurare pentru Perioada de Valabilitate a Asigurării cuprinsă între scadența curentă și următoarea dată scadentă a Primei de Asigurare.

5. Dacă Prima de Asigurare nu este achitată din orice motiv la Data Scadentă a Primei de Asigurare, Acoperirea prin Asigurare rămâne în vigoare până la următoarea Dată Scadentă a Primei de Asigurare, cu condiția achitării tuturor Primelor de Asigurare datorate.

6. În situația în care, ulterior expirării perioadei menționate la punctul anterior al prezentului articol, Persoana Asigurată nu își îndeplinește obligația de plată a Primei de Asigurare restantă precum și a Primei de Asigurare scadentă, Asigurarea și Acoperirea prin Asigurare sunt suspendate, aplicându-se prevederile articolul 8 punctul 6.

7. Pentru a fi considerată plată valabilă, Prima de Asigurare trebuie achitată integral. Altfel, achitarea parțială a Primei de Asigurare atrage suspendarea Acoperirii prin Asigurare, tranzacția efectuată pentru plata parțială fiind anulată.

#### **Art. 8 Durata Contractului de Asigurare.**

1. Asigurarea este complementară Contractului de Card de Credit, Data Începerii Contractului de Asigurare fiind concomitentă cu data intrării în vigoare a Contractului de Card de Credit, așa cum se menționează și în Certificatul de Asigurare, cu condiția ca, anterior, Persoana Asigurată să fi semnat Nota de informare și Declarația de includere în Asigurare.

2. Ulterior Datei Începerii Contractului de Asigurare, Acoperirea prin Asigurare va începe la ora 00:00 a zilei în care Persoana Asigurată a activat Cardul de Credit.

3. Persoana Asigurată nu datorează Primă de Asigurare pentru perioada cuprinsă între Data Începerii Acoperirii prin Asigurare și prima Dată Scadentă a Primei de Asigurare, Acoperirea prin Asigurare pentru această perioadă fiind oferită gratuit de către Asigurător.

4. Odată cu plata Primei de Asigurare la prima Dată Scadentă a Primei de Asigurare, Acoperirea prin Asigurare se reînnoiește automat pentru următoarea perioadă cuprinsă între scadența curentă și următoarea Dată Scadentă a Primei de Asigurare. Astfel, durata Acoperirii prin Asigurare este lunară, fiind reînnoită automat prin debitarea lunară de către Contractant a Contului de Card de Credit, cu contravaloarea Primei de Asigurare.

5. Acoperirea prin Asigurare se menține pe o durată egală cu Perioada de Valabilitate a Asigurării, putând fi reînnoită lunar, pe durate similare, în limita duratei Contractului de Card de Credit, cu condiția plății Primei de Asigurare și a validității Contractului de Card de Credit.

6. În cazul neachitării Primei de Asigurare la Data Scadentă în conformitate cu prevederile articolului 7, punctele 5 și 6, Asigurarea și Acoperirea prin Asigurare sunt suspendate, astfel încât, în cazul producerii oricărui Eveniment Asigurat, Asigurătorul nu va avea obligația plății niciunei Indemnizații de Asigurare. Asigurarea și Acoperirea prin Asigurare pot fi reactivate cu plata următoarei Prime de Asigurare, doar în cazul în care aceasta este efectuată în următoarele 6 luni.

7. Asigurarea va înceta, în cazul fiecărei Persoane Asigurate, în următoarele situații:

i. prin încetarea din orice motiv a Contractului de Card de Credit;

- ii. la data la care Persoana Asigurată împlinește 75 de ani;
- iii. în momentul Decesului Persoanei Asigurate, eventuale Prime de Asigurare plătite ulterior acestui moment vor fi returnate în Contul de Card de Credit din care s-a efectuat plata respectivelor Prime de Asigurare;
- iv. în urma refuzului întemeiat al Asigurătorului de a plăti Indemnizația de Asigurare în cazul producerii următoarelor Evenimente Asigurate: Deces și Invaliditate Totală Permanentă, în conformitate prevederile articolului 5 și 6 din Condițiile de Asigurare;
- v. la data plății de către Asigurător a Indemnizației pentru Invaliditatea Totală Permanentă;
- vi. prin denunțarea unilaterală de către Persoana Asigurată, ca urmare a transmiterii către Contractantul Asigurării sau Asigurător a unei notificări scrise în acest sens, situație în care încetarea va produce efecte începând cu următoarea Dată Scadentă a Primei de Asigurare;
- vii. în cazul în care Persoana Asigurată își exprimă dezacordul în legătură cu modificarea Condițiilor de Asigurare, conform prevederilor articolului 10 pct. 4 al prezentului document, încetarea va produce efecte începând cu următoarea Dată Scadentă a Primei de Asigurare;
- viii. prin neplata Primei de Asigurare cu respectarea perioadei de grație prevăzută la articolul 7 pct. 5, respectiv articolul 8 pct. 6;
- ix. la solicitarea scrisă a Contractantului.

8. În cazul în care, la solicitarea Persoanei Asigurate, UniCredit Consumer Financing IFN S.A. emite acesteia un alt tip de card de credit în locul Cardului de Credit existent, potrivit dispozițiilor Contractului de Card de Credit, Asigurarea rămâne valabilă pe toată Durata Asigurării, potrivit prezentelor Condiții de Asigurare.

## **Art. 9 Drepturile și obligațiile Asigurătorului privind încheierea sau modificarea Asigurării.**

1. Asigurătorul are dreptul de a verifica starea de sănătate a Persoanei Asigurate la data încheierii și pe parcursul derulării Contractului de Asigurare cu ocazia efectuării de modificări sau la instrumentarea unei cereri de plată a Indemnizației de Asigurare, astfel:

- a) Prin solicitarea unui dosar medical complet, rapoarte și evaluări de la medicul de familie la care este înscrisă Persoana Asigurată sau de la medicii în a căror îngrijire s-a aflat Persoana Asigurată sau cei care îi evaluează starea de sănătate;
- b) Examinare medicală completă;
- c) Control medical efectuat la un medic desemnat de către Asigurător.

2. Asigurătorul are obligația să mențină confidențialitatea actelor și faptelor despre care a luat cunoștință cu ocazia verificării stării de sănătate a Persoanei Asigurate. Informația poate fi utilizată de către Asigurător doar pentru scopurile stabilite în prezentele Condiții de Asigurare.

3. Asigurătorul este îndreptățit să primească Prima de Asigurare așa cum este menționat în Certificatul de Asigurare. Perioada de Valabilitate a Asigurării poate înceta în situația în care Asigurătorul este în imposibilitatea furnizării Asigurării contractate de Persoana Asigurată, indiferent care este motivul imposibilității furnizării asigurării, cu un preaviz de 6 luni.

4. Prin acceptarea încheierii Contractului de Asigurare, Persoana Asigurată își dă consimțământul cu privire la utilizarea de către Asigurător a datelor referitoare la starea sa de sănătate în legătură cu desfășurarea Contractului de Asigurare și investigarea producerii Evenimentului Asigurat și este de acord ca toți medicii și toate instituțiile medicale care au efectuat sau vor efectua un control sau tratament medical asupra sa să aibă permisiunea de a dezvălui datele cu privire la starea sa de sănătate, la cererea Asigurătorului.

5. Asigurătorul este obligat să realizeze investigațiile legate de producerea Evenimentului Asigurat fără întârzieri nejustificate. Nu va constitui întârziere nejustificată refuzul autorităților sau al instituțiilor publice sau private de a răspunde solicitării Asigurătorului sau întârzierea de către acestea în a furniza răspunsurile solicitate de către Asigurător.

## **Art. 10 Realitatea informațiilor cu privire la evaluarea riscului asigurat.**

1. În procesul de evaluare a Cererii, Asigurătorul va considera că:

a) toate declarațiile referitoare la faptele sau circumstanțele menționate în Nota de informare și Declarația de includere în Asigurare, în declarația stării de sănătate sau în chestionarul medical, după caz, sau în orice alt document prezentat Asigurătorului ca parte sau în legătură cu Contractul de Asigurare sunt adevărate;

b) în afară de faptele și circumstanțele menționate în Nota de informare și Declarația de includere în Asigurare, în declarația stării de sănătate sau în chestionarul medical, după caz, sau în documentele adiționale solicitate de către Asigurător, nu există alte circumstanțe sau fapte care ar putea, ele însele sau în legătură cu alte circumstanțe sau fapte să influențeze în vreun fel evaluarea de risc pentru Perioada de Asigurare.

2. Prin semnarea Notei de informare și Declarației de includere în Asigurare, a declarației stării de sănătate sau a chestionarului medical, Persoana Asigurată, confirmă în mod explicit realitatea informațiilor furnizate în acestea sau în orice alt document prezentat Asigurătorului, ca parte sau în legătură cu Asigurarea, dacă acestea există.

3. În cazul în care Persoana Asigurată furnizează informații nereale sau incomplete (cu intenția de a ascunde fapte / informații) cu privire la faptele și circumstanțele cuprinse în Nota de informare și Declarația de includere în Asigurare, sau în orice alt document prezentat Asigurătorului în legătură cu încheierea sau buna derulare a Contractului de Asigurare, Asigurătorul are dreptul ca, imediat, începând cu data la care a luat la cunoștință de faptul că informațiile furnizate sunt nereale sau incomplete, să anuleze Asigurarea.

4. Asigurătorul va informa în scris Contractantul cu privire la operarea oricăror modificări ale Contractului de Asigurare determinate de caracterul nereal sau incomplet al informațiilor cu privire la faptele și circumstanțele cuprinse în Nota de informare și Declarația de includere în Asigurare, sau în orice alt document prezentat Asigurătorului în legătură cu încheierea sau buna derulare a Contractului de Asigurare.

#### **Art. 11 Corespondența.**

1. Asigurătorul va transmite declarațiile, solicitările, rapoartele și orice alte notificări privind Contractul de Asigurare redactate în limba română la adresa de corespondență menționată în Nota de informare și Declarația de includere în Asigurare sau la o altă adresă, dacă Contractantul a solicitat acest lucru în scris.

2. În cazul în care documentele solicitate de Asigurător sunt redactate într-o altă limbă decât limba română, acestea vor fi transmise astfel: documentul original sau copie, după caz, în limba străină și traducere a documentului din limba străină în limba română, legalizată, în original.

3. Contractantul și Persoana Asigurată au obligația contractuală de a notifica fără întârziere Asigurătorul, prin transmiterea de documente justificative, despre modificarea numelui, adresei de domiciliu, adresei de corespondență sau orice alte modificări ale datelor în baza cărora a fost încheiat Contractul de Asigurare.

4. Corespondența transmisă Contractantului de Asigurător prin scrisoare cu confirmare de primire se consideră a fi primită la data când a fost acceptată sau refuzată, după caz, de către destinatar; corespondența transmisă Contractantului de Asigurător prin scrisoare simplă se consideră a fi primită la data expirării perioadei de 15 zile de la data înscrisă în borderoul de trimiteri.

5. În cazul în care Contractantul sau Persoana Asigurată nu își îndeplinesc obligațiile conform articolului 11.3. și nu notifică Asigurătorul în legătură cu schimbarea adresei de corespondență, scrisoarea se consideră a fi primită la data la care documentul a fost returnat Asigurătorului ca fiind nelivrabil.

6. Timpul de răspuns la solicitările primite din partea Contractantului sau Persoanei Asigurate este de maximum 30 de zile de la data la care Asigurătorul a recepționat solicitarea.

#### **Art. 12 Protecția datelor cu caracter personal.**

1. Contractantul și Persoana Asigurată sunt de acord ca datele cu caracter personal furnizate în Nota de informare și Declarația de includere în Asigurare sau în orice alt document prezentat Asigurătorului ca parte sau în legătură cu Asigurarea să fie stocate într-o bază de date creată și administrată de către Asigurător.

2. Contractantul și Persoana Asigurată, sunt de acord ca datele cu caracter personal să fie transferate de către

Asigurător în Austria, în Germania sau în alte state din Uniunea Europeană în vederea prelucrării acestora în scopul încheierii și administrării Contractului de Asigurare.

3. Contractantul și Persoana Asigurată sunt de acord ca datele cu caracter personal să fie transferate de Asigurător, dacă va fi cazul, către companii partenere ale Asigurătorului, în vederea prelucrării acestora în scopul încheierii și administrării Contractului de Asigurare. În acest scop:

- a) Asigurătorul își asumă responsabilitatea pentru prelucrarea datelor cu caracter personal de către partenerii acestuia în limitele respectării obligațiilor Asigurătorului prezentate în acest capitol al Condițiilor de Asigurare;
- b) Asigurătorul nu va fi obligat să solicite în scris acordul expres al Contractantului sau Persoanei Asigurate pentru transfer.

4. Acceptarea încheierii Contractului de Asigurare echivalează cu acceptarea transmiterii spre prelucrare sau prelucrării, după caz, a datelor cu caracter personal în scopurile menționate anterior.

5. Asigurătorul utilizează datele cu caracter personal numai în legătură cu încheierea sau administrarea Contractului de Asigurare sau în scopul notificării Contractantului sau Persoanei Asigurate cu privire la produse ale Asigurătorului.

6. Contractantul și Persoana Asigurată au dreptul de informare, dreptul de acces la datele cu caracter personal pe care le furnizează, dreptul de intervenție asupra acestor date, dreptul de opoziție, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale, dreptul de a se adresa justiției, așa cum acestea sunt reglementate de Legea nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date. Contractantul sau Persoana Asigurată își pot exercita aceste drepturi depunând la ERGO ASIGURĂRI DE VIAȚĂ S.A. o cerere scrisă, datată și semnată. În cerere, solicitantul poate arăta dacă dorește ca informațiile să îi fie comunicate la o adresă diferită de adresa de corespondență sau printr-un serviciu de corespondență care să asigure că predarea se face personal.

### Art. 13 Prevederi finale.

1. La solicitarea expresă a Persoanei Asigurate, Asigurătorul va furniza acesteia informații suplimentare în legătură cu Contractul de Asigurare, în vederea îndeplinirii exigențelor privind transparența.

2. Totodată, Persoana Asigurată are dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor, potrivit dispozițiilor O.G. nr. 38/2015 și a regulamentelor și procedurilor emise de A.S.F., precum și cu privire 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 nebancaar, 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.

3. Orice litigiu reclamat de către Persoana Asigurată / Beneficiar / Contractant în legătură cu interpretarea și executarea Contractului de Asigurare va fi soluționat pe cale amiabilă prin formularea unei sesizări scrise la sediul Asigurătorului. Această sesizare va fi analizată de Colectivul de Analiză și Soluționare Petiții în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data primirii sale și va fi finalizată prin transmiterea unui răspuns scris, punctual și argumentat către persoana care a formulat sesizarea. Agentul de Asigurare Subordonat va încerca să soluționeze pe cale amiabilă orice litigiu în legătură cu activitatea de intermediere a contractului de asigurare. În acest sens, orice reclamație formulată în scris de către Asigurat va fi analizată atent și va fi finalizată prin transmiterea unui răspuns scris, punctual și argumentat către persoana care a formulat sesizarea, în termen de 30 de zile de la data primirii acesteia. Dacă soluționarea amiabilă este imposibilă, litigiul va fi soluționat de instanțele judecătorești competente.

4. Legea aplicabilă Contractului de Asigurare este legea română, respectiv Codul Civil al României, Legea nr. 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare, precum și Legea 32/2000 privind activitatea și supravegherea intermediarilor în asigurări și reasigurări, cu modificările și completările ulterioare.



5. Datele statistice și actuariale care au stat la baza calculului primelor de asigurare și a beneficiilor sunt datele demografice referitoare la mortalitatea și morbiditatea populației României furnizate de Institutul Național de Statistică.

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

7. În cazul apariției oricăror modificări ale legislației, a procedurilor legale sau a interpretării legii, după data intrării în vigoare a Contractului de Asigurare și care duc la creșterea sau extinderea obligațiilor oricăreia dintre părți (Asigurătorul, Contractantul sau Persoana Asigurată), părțile sunt de acord să răspundă afirmativ la solicitarea unei discuții imediate, formulate în scris de oricare dintre părți, în vederea revizuirii termenilor și condițiilor Asigurării, astfel încât obiectivele stabilite inițial să fie atinse.

8. Asigurătorul poate modifica prezentele **Condiții de Asigurare**, dacă există o modificare a legislației în vigoare ce afectează Asigurătorul sau Contractul de Asigurare.

9. Nu se poate renunța la niciuna dintre clauzele prezentelor Condiții de Asigurare și niciuna dintre acestea nu poate fi modificată, dacă nu se prevede altfel în Condițiile de Asigurare, cu excepția situației în care o clauză de modificare a Condițiilor de Asigurare este emisă de Asigurător și semnată de un oficial autorizat al acestuia.

10. Asigurătorul va transmite o notificare scrisă Contractantului Persoanei Asigurate despre orice modificare a Condițiilor de Asigurare sau a ratei de primă specificată în Certificatul de Asigurare cu 60 de zile înainte de data modificării.

11. **Fondul de Garantare.** Fondul de Garantare, definit prin Legea nr. 213/2015 este destinat protejării asiguraților, beneficiarilor asigurării și terțelor

persoane păgubite, în cazul în care societatea asiguratoare se află în stare de insolvabilitate. În cazul în care Societatea de asigurare se află în stare de faliment, cu respectarea plafonului de garantare prevăzut de lege și în limita resurselor financiare disponibile la momentul plății. În cazul în care disponibilitățile Fondului nu sunt suficiente pentru acoperirea cuantumului sumelor cuvenite creditorilor din asigurări, creanțele acestora vor putea fi onorate pe măsura alimentării Fondului cu resursele financiare prevăzute de lege.

12. Persoana Asigurată acceptă că orice modificare a datelor de identificare a Societății de Asigurare, cum ar fi, dar nelimitat la: denumire, forma juridică, sediul social, telefon sau orice alte date de identificare, să fie aduse la cunoștința acestuia prin menționarea modificărilor pe pagina de internet a Asigurătorului.

### 13. Specimenul de semnătură.

Semnătura Persoanei Asigurate din Nota de informare și Declarația de includere în Asigurare este considerată specimen. Toate solicitările ulterioare vor fi luate în considerare dacă vor avea aceeași semnătură ca aceea de pe Nota de informare și Declarația de includere în Asigurare. În cazul în care Persoana Asigurată își schimbă semnătura pe parcursul derulării Contractului de Asigurare, acesta are obligația de a aduce la cunoștința Asigurătorului acest fapt, printr-un document scris. Documentul respectiv trebuie să cuprindă ambele specimene, atât cel vechi, cât și cel nou.