

ERGO Asigurări de Viață S.A

Condițiile de Asigurare aferente Contractului de Asigurare de Viață de Grup atașată Contractelor de Credit de nevoi personale / auto oferite 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 includere 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

II. Informații privind Agentul de Asigurare Subordonat: 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 - 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.

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, la data producerii Evenimentului Asigurat, sub rezerva achitării Primei de Asigurare de către Persoana Asigurată.

Accidentul: 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 Perioadei de Asigurare, indiferent de rezultatele tratamentului. Sunt excluse din asigurare bolile / afecțiunile preexistente ale Persoanei Asigurate la data semnării Notei de Informare și Declarației de includere 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 durată a creditului este UniCredit Consumer Financing IFN S.A. În cazul în care creditul este achitat integral, înainte de termen, Beneficiarii Indemnizației de Asigurare vor fi Persoana Asigurată sau moștenitorii acesteia, după caz.

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.

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

Contract de Credit: reprezintă actul juridic care reglementează relația de creditare dintre Persoana Asigurată și Contractantul Asigurării, în baza căruia a fost acordat un credit de nevoi personale sau un credit auto pentru care a aplicat Persoana Asigurată.

Contractul de Asigurare de Grup: reprezintă 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. Incluziunea 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.

Contractul de Asigurare: reprezintă 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 credit **de nevoi personale / auto** oferite de UniCredit Consumer Financing IFN S.A. și Declarație Includere în asigurare (Nota de Informare și Declarația de 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.

Evenimentul Asigurat (Risc Asigurat): 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.

Incapacitate Temporară de Muncă (din orice cauză): reprezintă 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 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.

Indemnizația de Asigurare: reprezintă suma de bani pe care Asigurătorul o plătește Beneficiarului Asigurării, conform Condițiilor de Asigurare, ca urmare a producerii unui Eveniment Asigurat.

Invaliditate Totală Permanentă (din orice cauză): reprezintă 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 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 plată

(invaliditate gradul I și gradul II, conform Legii 263/2010, cu modificările și completările ulterioare).

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.

Perioada de Grație: reprezintă o perioadă de timp aplicabilă doar în cazul Primei de Asigurare eşalonate, cuprinsă între data ultimei scadențe de plată datorată și neachitată și următoarea scadență de plată (de exemplu, dacă data scadenței este 5 ianuarie, perioada de grație va fi cuprinsă între 5 ianuarie și 5 februarie). Pe durata Perioadei de Grație, Persoana Asigurată beneficiază de Acoperire prin Asigurare.

Persoana Asigurată/Asigurat: persoană fizică, pentru care Asiguratorul oferă acoperire prin Asigurare pentru riscurile prevăzute în prezentul document și pentru care a emis un Certificat de Asigurare, conform căruia Asiguratul are și obligația de a plăti Primele de Asigurare; persoana fizică care a contractat un credit de nevoi personale / auto la UniCredit Consumer Financing IFN S.A.

Perioada de Asigurare (Durata asigurării): reprezintă durata maximă pentru care a fost încheiat Contractul de Asigurare și care este prevăzută în Certificatul de Asigurare și este egală cu durata Contractului de Credit, conform graficului de rambursare inițial.

Perioada de Calificare: reprezintă perioada de timp calculată de la data începerii Contractului de Asigurare. După expirarea acestei perioade, Beneficiarul desemnat în Contractul de Asigurare este pentru prima dată îndreptățit să solicite Indemnizația de Asigurare, doar pentru Evenimentele Asigurate apărute după această perioadă și doar dacă sunt îndeplinite Condițiile de Asigurare. Pe durata acestei perioade, Indemnizația de Asigurare nu este datorată. Durata Perioadei de Calificare pentru Pierderea Involuntară a Locului de Muncă este de 3 luni consecutive.

Perioada de Eliminare: reprezintă perioada de timp calculată de la data producerii Evenimentului Asigurat. După expirarea acestei perioade, Beneficiarul Asigurării este pentru prima dată îndreptățit să primească Indemnizația de Asigurare pentru un Eveniment Asigurat. Pe durata acestei perioade, Indemnizația de Asigurare nu este datorată. Durata Perioadei de Eliminare pentru Invaliditate Totală Permanentă este de 7 luni consecutive. Durata Perioadei de Eliminare pentru Incapacitate Temporară de Muncă cauzată de o Boală este de 30 de zile consecutive. Durata Perioadei de Eliminare pentru Incapacitate Temporară de Muncă cauzată de un Accident este de 60 de zile consecutive. În cazul în care Perioada de Incapacitate Temporară de Muncă cauzată de un Accident debutează cu Spitalizare din acel Accident, Perioada de Eliminare va fi de 7 zile consecutive. În caz contrar se va aplica perioada de eliminare de 60 de zile consecutive. Durata Perioadei de Eliminare pentru Șomaj este de 3 luni consecutive.

Perioada de Recalificare: reprezintă o perioadă dată de timp, calculată de la data ultimului Eveniment Asigurat. După expirarea acestei perioade, Beneficiarul Contractului de Asigurare este îndreptățit să solicite plata Indemnizației de Asigurare pentru un nou Eveniment Asigurat petrecut ulterior Perioadei de Recalificare, numai dacă toate condițiile contractuale sunt îndeplinite. Pe durata acestei perioade, Indemnizația de Asigurare nu este datorată. Durata Perioadei de Recalificare pentru

Incapacitate Temporară de Muncă este de 60 de zile consecutive. Durata Perioadei de Recalificare pentru Șomaj 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 societățile comerciale, republicată cu modificările și completările ulterioare și pentru persoanele care desfășoară o activitate profesională plătită și au optat pentru plata individuală a contribuțiilor datorate la bugetul de stat pentru a beneficia de șomaj.

Perioada de Valabilitate a Asigurării: reprezintă Perioada de Asigurare pe parcursul căreia Persoana Asigurată beneficiază de Acoperire prin Asigurare sub rezerva achitării Primei de Asigurare. În cazul contractelor de asigurare cu Primă eșalonată, Perioada de Valabilitate reprezintă perioada pentru care a fost achitată Prima de Asigurare.

Pierderea Involuntară a Locului de Muncă (Șomaj): reprezintă situația (susținută prin acte și proceduri oficiale) în care o persoană a rămas fără loc de muncă, independent de voința sa și îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- este în căutarea unui loc de muncă;
- starea de sănătate și capacitățile fizice și psihice o fac aptă pentru prestarea unei munci;
- nu are loc de muncă, nu realizează venituri (sau realizează venituri mai mici decât valoarea indicatorului social de referință în vigoare);
- este disponibilă să înceapă lucrul în perioada imediat următoare, dacă ar găsi un loc de muncă;
- este înregistrată la Agenția pentru Ocuparea Forței de Muncă în a cărei rază teritorială își are domiciliul sau, după caz, reședința;
- evenimentul Asigurat s-a produs după expirarea Perioadei de Calificare și/sau Recalificare.

Prima de Asigurare unică (“Prima unică”): reprezintă acea sumă de bani stabilită în Certificatul de Asigurare și calculată prin aplicarea Ratei de Primă la Suma Asigurată înmulțită cu durata

creditului care se plătește Asigurătorului. Prima de Asigurare se plătește conform Certificatului de Asigurare, în moneda Contractului de Credit. Prima unică se plătește o singură dată la începutul Acoperirii prin Asigurare.

Prima de Asigurare lunară (“Prima eșalonată”): reprezintă acea sumă de bani stabilită în Certificatul de Asigurare și calculată în funcție de valoarea Sumei Asigurate, care se plătește Asigurătorului. Prima de Asigurare se plătește conform Certificatului de Asigurare, în moneda Contractului de Credit. Aceasta se plătește lunar, retroactiv, este inclusă în Totalul lunar de plată și evidențiată separat în graficul de rambursare.

Prima de Asigurare Inițială: pentru Primele de Asigurare plătite lunar, reprezintă Prima de Asigurare aferentă primei Scadențe a Contractului de Asigurare.

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

Scadență: reprezintă o dată fixă a lunii (de exemplu 5 ale lunii) înscrisă în Certificatul de Asigurare până la care trebuie plătită Prima eșalonată de Asigurare.

Scadența inițială: reprezintă prima Scadență la care este datorată Prima de Asigurare Inițială care va fi înscrisă în Certificatul de Asigurare.

Sold Credit: reprezintă suma rămasă de rambursat din creditul acordat Persoanei Asigurate de către Contractantul Asigurării (unde creditul acordat este egal cu Suma Asigurată) la data apariției Evenimentului Asigurat, sumă comunicată în scris de către Contractantul Asigurării și care include și dobânda aferentă calculată pro-rata de la ultima dată scadentă a ratei de credit dinaintea apariției Evenimentului Asigurat până la data apariției acestuia. Suma nu include rate scadente neachitate de către Persoana Asigurată, penalități, taxe de închidere

anticipată a creditului, comision de analiză dosar și nici prima de asigurare.

În cazul achitării anticipate a creditului, Soldul Creditului va reprezenta principalul care ar fi rămas de achitat din totalul creditului acordat Persoanei Asigurate de către Contractantul Asigurării, la data scadenței anterioare datei apariției Evenimentului Asigurat, conform ultimului grafic de rambursare în vigoare la data achitării creditului.

Spital: reprezintă acea instituție care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- deține o licență de instituție curativ-profilactică;
- are ca activitate principală primirea, îngrijirea și tratarea persoanelor bolnave, suferinde sau vătămate, în calitate de pacienți spitalizați;
- furnizează servicii de asistență medicală 24 ore pe zi, prestate de personal medical calificat;
- dispune de un personal cuprinzând cel puțin un Medic disponibil permanent;
- dispune de facilități organizate pentru diagnosticare și operații chirurgicale majore;
- 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.

Suma Asigurată: reprezintă suma egală cu valoarea creditului, urmând evoluția acestuia. Suma Asigurată va fi în moneda creditului.

Total lunar de plată: reprezintă suma totală lunară de plată datorată de Persoana Asigurată Contractantului Asigurării conform graficului de rambursare, pentru respectivul Contract de Credit.

Vârsta la intrarea / ieșirea în / din asigurare este determinată ca diferență dintre anul calendaristic în care începe / se termină asigurarea și anul calendaristic în care s-a născut Persoana Asigurată.

Vârsta minimă la intrarea în asigurare este de 18 de ani împliniți la data semnării Notei de Informare și Declarației de includere în asigurare.

Vârsta maximă la intrarea în asigurare este de 75 de ani împliniți la data semnării Notei de Informare și Declarației de includere în asigurare, din care se scade durata în ani a creditului acordat.

Vârsta la ieșirea din asigurare este de maximum 75 de ani.

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

2. Evenimentul Asigurat

Conform Contractului de Asigurare, sunt considerate Evenimente Asigurate indiferent de locul în care s-au produs (cu excepția Șomajului) și numai dacă s-au produs în interiorul Perioadei de Valabilitate:

- decesul Persoanei Asigurate din orice cauză;
- invaliditate totală permanentă din orice cauză;
- incapacitate temporară de muncă din orice cauză;
- pierderea involuntară a locului de muncă (Șomaj), în acest caz, Acoperirea prin Asigurare se acordă numai pentru Evenimentul produs pe teritoriul României.

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

În cazul în care se petrec independent de voința Persoanei Asigurate, și următoarele evenimente sunt considerate Accidente:

- sugrumare / strangulare;
- arsuri, arsură cu aburi, accidente cauzate de curent electric sau lumină;
- infectarea unei răni care a fost consecința unui accident;
- otrăvire cu alimente sau substanțe chimice sau corozive ca rezultat al neatenției Persoanei Asigurate, dar nu otrăvire din cauza ingerării unei bacterii;
- otrăvire din cauza inhalării de gaze toxice, vapori, excluzând boli profesionale aferente.

Bolile, în general, și bolile transmisibile, în special, nu sunt considerate un Accident chiar dacă sunt consecința unui Accident.

3. Excluderi

3.1 Excluderi generale:

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

- războiului, ocupației, actelor unor inamici străini, stării de război declarate sau nedecarate, inclusiv legea marțială, războiului civil, insurecției, rebeliunii, revoluției, dictaturii militare;
- utilizării de arme de distrugere în masă nucleare, biologice sau chimice;
- 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;
- 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;
- manipulării armelor, explozibililor, substanțelor inflamabile sau toxice;
- rezultatului unor boli sau răni cauzate direct sau indirect de energia nucleară, lămpi ionizante, radiații radioactive sau similare, inclusiv expunerea pe termen mai lung a organismului Persoanei Asigurate la efectele acestora;
- oricărui 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;
- sinuciderii sau tentativei de sinucidere în primii doi ani de la data începerii Perioadei de Valabilitate a Asigurării;
- existența unor Boli / Afecțiuni Preexistente sau Invalidități Preexistente;
- ingerării de alcool, droguri sau alte substanțe care creează dependență fără prescripție medicală, inclusiv alcoolism cronic;

- călătoria sau conducerea de către Persoana Asigurată a unui ATV, unei motociclete sau scuter cu o capacitate cilindrică mai mare de 125 cm³;
- unei infecții (cu excepția infecției dobândite ca urmare a Evenimentului Asigurat);
- 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;
- 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;
- unei boli mintale sau pierderii cunoștinței generate / cauzate de starea de beție sau de consumul de droguri;
- săvârșirii de către Persoana Asigurată a unei fapte sancționate care contravine legislației penale sau contravenționale în vigoare;
- practicării de către Persoana Asigurată a unui sport ca sportiv profesionist;
- participării la orice fel de cursă sau competiție (inclusiv antrenamentul pentru aceasta);
- participării Persoanei Asigurate la activități periculoase ca vânătoare, călărie, pescuit, navigație pe distanțe lungi realizată individual, arte marțiale, box, participării la doborârea de recorduri;
- sporturilor pentru practicarea cărora sunt folosite vehicule cu motor;
- practicării de sporturi extreme (ex. scufundări, rafting, speologie, cățărare, escaladare, sărituri cu coarda elastică, parașutism).

3.2 Excluderi speciale:

În cazul producerii riscurilor de tip Invaliditate Totală Permanentă și Incapacitate Temporară de Muncă, Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației de Asigurare și dacă Evenimentul Asigurat s-a produs din cauza:

- 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, mintale sau nervoase;

- continuării, consecințelor sau recidivelor unei boli sau răniți apărute înaintea intrării în vigoare a Contractului de Asigurare și care a fost diagnosticată anterior datei la care a devenit efectiv Contractul de Asigurare;
 - consecințelor accidentelor apărute anterior datei la care a devenit efectiv Contractul de Asigurare;
 - unei tulburări degenerative a coloanei vertebrale / polidiscopatie și consecințele lor directe sau indirecte, dureri de spate fără un diagnostic medical;
 - unei boli mintale sau modificări ale stării mintale a Persoanei Asigurate, inclusiv astenie, depresie și stres legate de tulburări;
 - tratamentului medical administrat la cererea Persoanei Asigurate și care nu are o motivație medicală sau este realizat ca și operație de chirurgie estetică;
 - spitalizării legate de naștere, întrerupere voluntară a sarcinii, inclusiv consecințele acestora;
 - spitalizare ca urmare a agravării consecințelor Accidentului, dacă aceasta a fost precedată de o altă spitalizare din același Accident;
 - 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;
 - îmbolnăvirii care a survenit pe parcursul concediului de maternitate, dacă Persoana Asigurată este în acest concediu conform reglementărilor de asigurare de sănătate;
 - 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:

- 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;
- anterior semnării Notei de Informare și Declarației de includere în asigurare, Persoana Asigurată a fost anunțată de către angajator că va fi disponibilizată, sau la data semnării Notei de Informare și Declarației de includere în asigurare, Persoana Asigurată era deja șomer;
- dacă la data începerii Acoperirii prin Asigurare, Persoana Asigurată începuse procedura legală referitoare la valabilitatea terminării angajării;
- pierderea Locului de Muncă este o consecință a încălcării disciplinei în muncă; Pierderea Locului de Muncă a apărut în timpul perioadei de probă sau la terminarea acesteia contractul de muncă nu a fost prelungit;
- pierderea Locului de Muncă este rezultatul rezilierii contractului de muncă din inițiativa angajatului sau ca urmare a acordului părinților;
- pierderea Locului de Muncă este rezultatul ajungerii la termen al unui angajament pe perioadă determinată;
- pierderea Locului de Muncă este rezultatul aplicării prevederilor altei legislații decât cea din România;
- 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;
- 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.

4. Condiții de eligibilitate / Declarații false sau incomplete

1. Pentru a fi acceptat în Contractul de Asigurare de Grup, Persoana Asigurată trebuie să îndeplinească următoarele condiții generale de eligibilitate la data semnării Notei de Informare și Declarației de includere în asigurare:

- are calitatea de client al Contractantului cu care a încheiat un Contract de Credit de nevoi personale / Contract de Credit pentru achiziție autoturism, în calitate de titular;
- să aibă vârsta minimă la începutul Acoperirii prin Asigurare: 18 ani;
- să aibă vârsta maximă la începutul Acoperirii prin Asigurare: 75 de ani împliniți la data semnării Notei de Informare și Declarației de includere în asigurare din care se scade durata în ani a creditului acordat;
- să aibă vârsta maximă la ieșirea din asigurare: 75 de ani;
- să aibă o stare bună de sănătate în conformitate cu declarația stării de sănătate din Nota de Informare și Declarația de includere în asigurare, completată și semnată de către Persoana Asigurată pe propria răspundere.

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 celorlalte criterii prevăzute în Contractul de Asigurare.

3. 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 (ex. activități din profesii liberale: Medici, Avocați, (stagiari sau definitivi), 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 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 un 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 raporturilor contractuale în baza contractului de administrator sau de mandat.

4. 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 are 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.

5. 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.

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

7. 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.

8. 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.

5. Începutul, modificarea și încetarea Acoperirii prin Asigurare

Pentru Contractele de Asigurare cu Primă unică, Acoperirea prin Asigurare începe la data finanțării creditului sub rezerva plății integrale a Primei de Asigurare și îndeplinirii celorlalte condiții prevăzute

în prezentul document. Acoperirea prin Asigurare începe la ora 00:00 a zilei stabilite ca dată de începere a asigurării.

Pentru Contractele de Asigurare cu Primă eșalonată, Acoperirea prin Asigurare pentru fiecare Persoană Asigurată în parte începe cu o lună înainte de data primei scadențe a ratei creditului, dar nu mai devreme de data finanțării creditului (de exemplu: dacă prima scadență este pe data de 5 februarie, Acoperirea prin Asigurare va începe la data de 5 ianuarie chiar în situația în care Contractul de Credit a fost semnat în data de 1 ianuarie). Acoperirea prin Asigurare începe la ora 00:00 a zilei stabilite ca dată de începere a asigurării. Data de începere a asigurării este menționată în Certificatul de Asigurare. Perioada cuprinsă între data finanțării creditului și data de început a Acoperirii prin Asigurare, atunci când va fi cazul, nu este acoperită prin Asigurare. În cazul în care Evenimentul Asigurat se petrece în această perioadă, Persoana Asigurată nu beneficiază de protecția oferită de Contractul de Asigurare, iar Asigurătorul nu este obligat la plata Indemnizației de Asigurare. Orice modificare solicitată de către Persoana Asigurată trebuie să aibă acordul scris al Contractantului și va putea fi efectuată de către Asigurător doar dacă este permisă de Condițiile de Asigurare. Modificările aduse Contractului de Asigurare vor fi consemnate în scris ca Anexă la Certificatul de Asigurare.

Pentru modificările operate pe parcursul Perioadei de Valabilitate a Asigurării, Indemnizația de Asigurare va fi datorată conform Contractului de Asigurare modificat, doar pentru Evenimentele Asigurate produse după data devenirii efective a modificării.

Persoana Asigurată și Contractantul sunt obligați să informeze Asigurătorul fără întârziere despre modificarea datelor de identificare, a domiciliului, adresei de corespondență, sediului social, precum și despre orice modificare a datelor în baza cărora a fost încheiat Contractul de Asigurare.

Acoperirea prin Asigurare se consideră încheiată la ora 24:00 a zilei stabilite a fi ultima zi a Perioadei de Asigurare, conform Certificatului de Asigurare. Acoperirea prin Asigurare are o durată totală egală cu perioada de rambursare a creditului, conform

graficului de rambursare inițial, sub rezerva plății Primelor de Asigurare. Ultima zi a Acoperirii prin Asigurare este data stabilită a fi data scadenței ultimului Total lunar de plată, conform graficului de rambursare a creditului.

În cazul plății anticipate a creditului de către Persoana Asigurată, Contractantul este obligat să notifice în scris Asigurătorul la sfârșitul fiecărei luni despre situația creditelor rambursate anticipat. Acoperirea prin Asigurare se consideră încheiată, pentru contractele de asigurare cu Primă eşalonată, la ora 24:00 a zilei în care s-a efectuat plata anticipată a creditului. Pentru contractele de asigurare cu Primă unică, Acoperirea prin Asigurare continuă până la expirarea duratei prevăzute în Certificatul de Asigurare, respectiv până la data ultimei scadențe de plată conform graficului de rambursare inițial al creditului.

Dacă Asigurătorul descoperă abia după producerea Evenimentului Asigurat că ceea ce a determinat producerea acestuia a avut o cauză despre care el nu a avut cunoștință din cauza răspunsurilor neconforme cu realitatea sau incomplete care i-au fost furnizate la data începerii Acoperirii prin Asigurare și care erau esențial a fi cunoscute la data începerii Acoperirii prin Asigurare, Asigurătorul va refuza plata Indemnizației de Asigurare prevăzute în Certificatul de Asigurare, iar Acoperirea prin Asigurare va înceta ca urmare a refuzului de plată pentru evenimentul de Deces sau Invaliditate Totală Permanentă. Plata făcută în avans cu titlu de Primă de Asigurare nu se returnează.

Acoperirea prin Asigurare încetează în următoarele condiții:

- la data la care Persoana Asigurată împlinește vârsta de 75 de ani;
- prin atingere la termenul prevăzut în Certificatul de Asigurare;
- în urma plății Indemnizației de Asigurare sau a refuzului Asigurătorului de a plăti Indemnizația de Asigurare în caz de deces sau Invaliditate Totală Permanentă;
- Persoana Asigurată poate renunța la Asigurare, pe parcursul Contractului de Credit, cu un preaviz de 20 de zile, cu acordul scris al Contractantului;

- prin neplata Primei eşalonate în termenul prevăzut în prezentele Condiții de Asigurare, cu respectarea Perioadei de Grație;
- la solicitarea scrisă a Contractantului;

Suplimentar, Acoperirea prin Asigurare pentru Incapacitate Temporară de Muncă sau Șomaj încetează și în urma plății Indemnizației de Asigurare sau a refuzului Asigurătorului de a plăti Indemnizația de Asigurare pentru ultimul din cele 3 Evenimente Asigurate de tipul Incapacitate Temporară de muncă și Șomaj, acoperite conform Condițiilor de Asigurare. **În cazul solicitării scrise primite din partea Persoanei Asigurate privind renunțarea la acoperirea prin asigurare anterior datei prevăzute în Certificatul de Asigurare ca dată de sfârșit a acoperirii prin asigurare, pentru contractele de asigurare cu Primă de Asigurare unică, Persoana Asigurată este îndreptățită să primească o parte din Prima de Asigurare achitată la începutul acoperirii prin asigurare. Suma va fi calculată utilizând următoarea formulă de calcul:**

$$R = S * P * (m - t) * 20\%$$

R = valoarea de returnat Persoanei Asigurate

S = valoarea inițială creditului

P = procentul corespunzător de primă

m = durata inițială a Contractului de Credit (în luni)

t = numărul de luni care au trecut de la acordarea creditului

*** = reprezintă operațiunea matematică de înmulțire**

6. Primele de Asigurare

Prima de Asigurare este determinată în conformitate cu valoarea stabilită de Asigurător folosind metodele de calcul actuarial, raportată la valoarea creditului și, după caz, în baza modificărilor intervenite pe parcursul derulării Contractului de Asigurare. Valoarea Primei de Asigurare este menționată în Certificatul de Asigurare.

Primele unice se achită anticipat pentru toată perioada acoperită prin Asigurare.

Primele eşalonate vor fi plătite până la Scadența menționată în Certificatul de Asigurare.

Pentru contractele de asigurare cu Primă de Asigurare lunară, Perioada de Valabilitate a Asigurării este perioada cuprinsă între două Scadențe, sub rezerva achitării Primei de Asigurare. Aceasta se reînnoiește automat prin plata Primei de Asigurare la Scadență, așa cum este specificat în Certificatul de Asigurare. Persoana Asigurată beneficiază de o Perioadă de Grație pentru plata fiecărei Prime de Asigurare scadente. Perioada de Grație va fi cuprinsă între data scadenței Primei de Asigurare datorate și neachitate și următoarea scadență a Primei de Asigurare. În această perioadă, Acoperirea prin Asigurare rămâne în vigoare sub condiția plății Primelor de Asigurare corespunzătoare perioadei în care Acoperirea prin Asigurare rămâne valabilă. Dacă până la expirarea Perioadei de Grație nu este achitată niciuna dintre cele două Prime de Asigurare scadente, Acoperirea prin Asigurare va înceta retroactiv începând cu ultima dată scadentă și plătită pentru Persoana Asigurată pentru care nu a fost achitată Prima de Asigurare. De asemenea, plata parțială a Primei de Asigurare scadente și neachitate se va considera ca plată neefectuată, iar Acoperirea prin Asigurare va înceta cu rambursarea primelor plătite parțial către Contractant. Dacă, în timpul Perioadei de Grație se produce un Eveniment Asigurat, Asigurătorul va deduce din valoarea Indemnizației de Asigurare Primele de Asigurare scadente.

Pentru contractele de asigurare cu Primă unică, Perioada de Valabilitate a Asigurării este egală cu durata Creditului valabilă la data semnării contractului și precizată în Certificatul de Asigurare, conform graficului de rambursare inițial. **Orice modificare ulterioară a duratei Creditului nu are niciun impact asupra Perioadei de Valabilitate a Asigurării.**

Prima de Asigurare se plătește în moneda creditului, iar plata se consideră a fi efectuată la data la care banii au creditat în întregime contul Asigurătorului, dacă în Contractul de Asigurare nu se prevede altfel.

Pe toată durata de valabilitate a Asigurării, contractul nu poate fi răscumpărat.

Asigurătorul are dreptul să primească Prima de Asigurare așa cum este specificat în Certificatul de Asigurare.

Contractul de Asigurare se consideră ca nefiind niciodată încheiat dacă Prima de Asigurare inițială nu este plătită în contul Asigurătorului cel târziu la data expirării Perioadei de Grație ce urmează Scadenței inițiale. Prezenta prevedere se aplică și în cazul în care Prima de Asigurare inițială nu este plătită integral. În acest caz, Asigurătorul va refuza plata Indemnizației de Asigurare la producerea Evenimentului Asigurat.

Pe toată Perioada de Valabilitate a Contractului de Asigurare, pentru Contractele de Credit care au dobândă variabilă, se acoperă și o creștere a Totalului lunar de plată cu până la 15%.

7. Obligațiile Beneficiarului în cazul producerii Evenimentului Asigurat

În cazul *Decesului din orice cauză* al Persoanei Asigurate, este necesară furnizarea următoarelor documente, în maximum 30 zile de la data producerii acestuia:

- formularul “Notificarea Producerii Evenimentului Asigurat” completat;
- certificatul medical constatator al decesului (copie conform cu originalul) și Certificatul de deces al Persoanei Asigurate (copie legalizată);
- documente medicale relevante (ex.: fișa medicală, bilet de ieșire din spital, rezultate analize efectuate, etc.) privind antecedentele medicale și cauzele care au determinat decesul Persoanei Asigurate (cu parafa medicului care le-a eliberat) - (copie);
- în cazul decesului din Accident va fi prezentată și o copie a procesului-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.

Suplimentar documentelor anterior menționate, în cazul în care decesul Persoanei Asigurate se produce după achitarea creditului înainte de termen, este necesară furnizarea următoarelor documente:

- certificatul de Asigurare;

- copie act de identitate al persoanei care solicită plata Indemnizației de Asigurare și dovada că este îndreptățit/ă să primească Indemnizația de Asigurare (certificat de moștenitor);
- graficul de rambursare în vigoare la data achitării creditului.

În cazul în care documentele justificative pentru producerea decesului sunt eliberate în afara teritoriului României, documentele de mai sus se completează și cu dovada transcrierii în registrul român de stare civilă a actului eliberat de autoritățile străine competente;

- contul bancar în care să fie transferată suma rezultată din Indemnizația de Asigurare.

Este considerată dată a producerii Evenimentului Asigurat data decesului Persoanei Asigurate menționate în Certificatul de deces.

În cazul apariției Evenimentului Asigurat de tipul *Incapacitate Totală Permanentă din orice cauză*, Persoana Asigurată sau Beneficiarul sunt obligați să anunțe în scris Asigurătorul, în maximum 15 zile, de la data producerii Evenimentului Asigurat și să furnizeze următoarele documente:

- formularul “Notificarea Producerii Evenimentului Asigurat” completat;
- copie a deciziei de pensionare pentru Invaliditate Totală Permanentă, emisă de către Casa Teritorială de Pensii;
- certificat medical privind starea de sănătate a Persoanei Asigurate - (copie);
- decizia pentru încadrarea într-un grad de invaliditate emisă de către medicul expert al asigurărilor sociale - (copie);
- copia actului de identitate (BI/CI) a Persoanei Asigurate.

Suplimentar documentelor anterior menționate, în cazul în care Invaliditatea Totală Permanentă Persoanei Asigurate se produce după achitarea creditului înainte de termen, este necesară furnizarea următoarelor documente:

- certificatul de Asigurare;
- copie act de identitate al persoanei care solicită plata Indemnizației de Asigurare și dovada că este îndreptățit/ă să primească Indemnizația de Asigurare

(certificat de moștenitor);

- graficul de rambursare în vigoare la data achitării creditului;

- contul bancar în care să fie transferată suma rezultată din Indemnizația de Asigurare.

Este considerată dată a apariției Evenimentului Asigurat, data la care a rămas definitivă decizia de pensionare pentru caz de invaliditate emisă de Casa Teritorială de Pensii, fie ca urmare a scurgerii termenului legal în care putea fi contestată, fie la rămânerea definitivă și irevocabilă a hotărârii judecătorești prin care s-a soluționat contestația privind decizia de pensionare pentru invaliditate a Persoanei Asigurate (gr. I și gr. II).

În cazul apariției Evenimentului Asigurat de tipul *Incapacitate de Muncă din orice cauză* Persoana Asigurată este obligată să anunțe în scris Asigurătorul, în maximum 15 zile, de la data producerii Evenimentului Asigurat și să furnizeze următoarele documente:

- formularul “Notificarea Producerii Evenimentului Asigurat” completat;
- 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 Incapacitatea sa Temporară de Muncă;
- 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;
- orice alte documente medicale relevante, de ex.: foaia de observație (copie conform cu originalul), bilet de ieșire din spital (copie conform cu originalul), rezultate analize efectuate (copie conform cu originalul), fișă medicală (copie conform cu originalul) sau orice alte documente medicale relevante privind antecedentele medicale și cauzele care au determinat spitalizarea Persoanei Asigurate (cu parafa medicului care le-a eliberat);
- 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 Incapacității de Muncă cauzate de un Accident) - copie;

- copia actului de identitate (BI/CI).

Suplimentar documentelor anterior menționate, în cazul în care Incapacitatea de Muncă se produce după achitarea creditului înainte de termen, este necesară furnizarea următoarelor documente:

- certificatul de Asigurare;
- graficul de rambursare în vigoare la data achitării creditului;
- contul bancar în care să fie transferată suma rezultată din Indemnizația de Asigurare.

Este considerată data apariției Evenimentului Asigurat data emiterii certificatului medical care atestă existența Incapacității Temporare de Muncă din orice cauză.

Incapacitatea Temporară de Muncă din orice cauză determinată de o succesiune de Accidente, este considerată un singur Eveniment Asigurat, iar Indemnizația de Asigurare este plătită pentru un singur Eveniment Asigurat.

Persoana Asigurată trebuie să dovedească data începerii, durata și data încetării stării de Incapacitate Temporară de Muncă din orice cauză prin transmiterea documentelor medicale doveditoare.

În cazul apariției Evenimentului Asigurat de tipul *Pierderea Involuntară a Locului de Muncă*, Persoana Asigurată sau Beneficiarul sunt obligați să anunțe în scris Asigurătorul, în maximum 15 zile, de la data producerii Evenimentului Asigurat și să furnizeze următoarele documente:

- formularul “*Notificarea Producerii Evenimentului Asigurat*” completat;
- copie a contractului său de muncă și adeverința de vechime (vizate de către Inspectoratul Teritorial de Muncă);
- copie a Deciziei angajatorului de încetare a raporturilor de muncă;
- copie a dispoziției privind stabilirea dreptului de indemnizație de șomaj, care va conține obligatoriu data de la care Persoana Asigurată primește Indemnizația de Șomaj;

- 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;

În cazul în care Persoana Asigurată nu este beneficiar al Indemnizației de Șomaj sau orice altă formă de ajutor social care poate înlocui Indemnizația de Șomaj, este necesară 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);

- o copie a dispoziției privind respingerea dreptului de indemnizație de șomaj (care va conține obligatoriu motivul respingerii);
- orice alte documente solicitate de către Asigurător și necesare pentru stabilirea obligației sale de plată;
- copia actului de identitate (BI/CI).

Suplimentar documentelor anterior menționate, în cazul în care Pierderea Involuntară a Locului de Muncă se produce după achitarea creditului înainte de termen, este necesară furnizarea următoarelor documente:

- certificatul de Asigurare;
- graficul de rambursare în vigoare la data achitării creditului;
- contul bancar în care să fie transferată suma rezultată din Indemnizația de Asigurare.

Este considerată dată a apariției Evenimentului Asigurat data luării în evidență de către Agenția Județeană de Ocupare a Forței de Muncă. Dacă, în termen de maximum 60 de zile de la data producerii Evenimentului Asigurat, Beneficiarul Asigurării nu depune la Asigurător documentele menționate în alineatele precedente, 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.

La solicitarea Asigurătorului, vor fi furnizate și alte documente necesare determinării și întinderii obligației de plată a Asigurătorului. Asigurătorul va putea întreprinde propria investigație cu privire la

împrejurările și consecințele producerii Evenimentului Asigurat.

Beneficiarul și moștenitorii Persoanei Asigurate sunt obligați să coopereze pentru investigarea daunei.

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.

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.

8. Plata Indemnizației de Asigurare

Dreptul de a primi Indemnizația de Asigurare devine efectiv la data îndeplinirii condițiilor contractuale.

În cazul *Decesului din orice cauză*, al Persoanei Asigurate, Asigurătorul va fi obligat la plata unei Indemnizații de Asigurare egale cu valoarea Soldului Creditului la data producerii Evenimentului Asigurat, conform graficului de rambursare în vigoare aferent Contractului de Credit.

În cazul în care Decesul Persoanei Asigurate se produce după achitarea anticipată a creditului, Indemnizația de Asigurare datorată va reprezenta principalul care ar fi rămas de achitat din totalul creditului acordat Persoanei Asigurate de către Contractantul Asigurării, la data scadenței anterioare datei producerii Evenimentului Asigurat, conform ultimului grafic de rambursare primit de către Persoana Asigurată înainte de rambursarea anticipată a creditului.

Valoarea Indemnizației de Asigurare pentru *Invaliditatea Totală Permanentă din orice cauză* este egală cu valoarea Soldului Creditului la data expirării Perioadei de Eliminare de 7 luni, calculată de la data apariției Evenimentului Asigurat, dată care este menționată în decizia definitivă de pensionare pentru

caz de invaliditate, emisă de Casa Teritorială de Pensii și depusă la Asigurător.

Valoarea Soldului Creditului la data expirării Perioadei de Eliminare de 7 luni va fi comunicată în scris de către Contractant. Suma nu include rate scadente neachitate de către Persoana Asigurată, penalități, taxe de închidere anticipată a creditului sau orice alte taxe.

În cazul în care Invaliditatea Totală Permanentă a Persoanei Asigurate se produce după achitarea anticipată a creditului, valoarea Indemnizației de Asigurare va fi egală cu principalul care ar fi rămas de achitat din totalul creditului acordat Persoanei Asigurate, după expirarea Perioadei de Eliminare, conform ultimului grafic de rambursare primit de către Persoana Asigurată înainte de rambursarea anticipată a creditului.

În cazul Invalidității Totale Permanente ireversibile, constând în pierderea unei părți anatomice sau funcționale, nu se aplică Perioada de Eliminare, Soldul Creditului avut în vedere pentru calcularea Indemnizației de Asigurare fiind cel de la data producerii Evenimentului Asigurat.

Valoarea lunară a Indemnizației de Asigurare pentru *Incapacitatea Temporară de Muncă din orice cauză* este egală cu valoarea unui Total lunar de plată, conform graficului de rambursare în vigoare, calculată la data expirării Perioadei de Eliminare / Recalificare, așa cum sunt definite în capitolul "Definiții" din prezentele Condiții de Asigurare. Quantumul Totalului lunar de plată datorat conform prezentului paragraf va fi comunicat de către Contractantul Asigurării, la solicitarea Asigurătorului. Asigurătorul va fi obligat la plata acestei sume, conform Contractului de Credit, fără penalități, taxe de întârziere sau orice alte taxe.

În cazul în care Incapacitatea Temporară de Muncă a Persoanei Asigurate se produce după achitarea anticipată a creditului, valoarea Indemnizației de Asigurare lunară va fi egală cu valoarea unui Total lunar de plată conform ultimului grafic de rambursare primit de către Persoana Asigurată înainte de rambursarea anticipată a creditului.

În cazul unui accident, *Indemnizația de Asigurare pentru Incapacitatea Temporară de Muncă din orice cauză* va fi plătită cu următoarele precizări:

i) În cazul în care, în urma producerii Evenimentului Asigurat, Persoana Asigurată este spitalizată, după expirarea Perioadei de Eliminare de 7 zile consecutive și dacă durata spitalizării este mai mare de 7 zile consecutive, dar mai mică sau egală cu 30 de zile, Indemnizația de Asigurare este egală cu un Total lunar de plată. În cazul în care spitalizarea se prelungește pentru mai mult de 30 de zile consecutive, dar nu mai mult de 60 de zile consecutive, Persoana Asigurată va fi îndreptățită să primească Indemnizația de Asigurare pentru maximum 2 Totaluri lunare de plată. Dacă ulterior împlinirii unei perioade de 60 de zile de la data spitalizării, starea de spitalizare continuă, Indemnizația de Asigurare se va achita conform prevederilor de la litera ii) din prezentul paragraf pentru un număr de maximum 4 luni aferente a 4 Totaluri Lunare de plată. Dacă ulterior externării din spital Persoana Asigurată va rămâne în stare de Incapacitate Temporară de Muncă, Indemnizația de Asigurare se va achita conform prevederilor de la litera ii).

ii) În cazul în care în urma producerii Evenimentului Asigurat, Persoana Asigurată este în stare de Incapacitate Temporară de Muncă fără a fi însă spitalizată, sau durata spitalizării este mai mică de 7 zile consecutive, după expirarea Perioadei de Eliminare de 60 de zile Persoana Asigurată va fi obligată să prezinte lunar documentele doveditoare pentru prelungirea stării de Incapacitate Temporară de Muncă. În acest caz, Indemnizația de Asigurare va fi achitată pentru o perioadă de maximum 4 luni aferente a 4 Totaluri Lunare de plată.

Perioada maximă pentru care se plătește Indemnizația de Asigurare pentru Incapacitatea Temporară de Muncă din orice cauză este de 4 luni, calculată de la data expirării Perioadei de Eliminare / Recalificare, așa cum sunt definite în capitolul Definiții din prezentele Condiții de Asigurare.

Pe parcursul derulării Asigurării, sunt acoperite maximum 3 Evenimente Asigurate pentru Incapacitate Temporară de Muncă, cu respectarea

Condițiilor de Asigurare. Dacă Asigurătorul este obligat să plătească Indemnizația de Asigurare pentru perioade mai mari de 1 lună calendaristică, Asigurătorul va efectua plata o dată pe lună, după ce Persoana Asigurată a furnizat dovada prelungirii duratei Incapacității Tempore de Muncă.

În cazul concurenței Evenimentelor Asigurate de tipul Șomaj și Incapacitate Temporară de Muncă, plata Indemnizației de Asigurare se va face o singură dată și numai pentru primul Eveniment Asigurat survenit, dar numai dacă sunt respectate Condițiile de Asigurare.

Valoarea lunară a Indemnizației de Asigurare pentru *Incapacitatea Temporară de Muncă din orice cauză* este egală cu valoarea unui Total lunar de plată, dar nu mai mult de 4.000 RON pentru fiecare Total lunar de plată, calculată la data expirării Perioadei de Eliminare / Recalificare, așa cum sunt definite în capitolul Definiții din prezentele Condiții de Asigurare. Cuantumul Totalului lunar de plată datorat conform prezentului paragraf va fi comunicat de către Contractant la solicitarea Asigurătorului. Asigurătorul va fi obligat la plata acestei sume, conform Contractului de Credit, fără penalități, taxe de întârziere sau orice alte taxe.

Valoarea lunară a Indemnizației de Asigurare pentru *Pierderea Involuntară a Locului de Muncă* este egală cu valoarea unui Total lunar de plată, conform graficului de rambursare în vigoare, calculat la data expirării Perioadei de Eliminare / Recalificare, așa cum sunt definite în capitolul Definiții din prezentele Condiții de Asigurare, dar numai cu respectarea condițiilor contractuale. Cuantumul Totalului lunar de plată datorat conform prezentului paragraf va fi comunicat de către Contractantul Asigurării la solicitarea Asigurătorului. Asigurătorul va fi obligat la plata acestei sume, conform Contractului de Credit, fără penalități, taxe de întârziere sau orice alte taxe.

În cazul în care *Pierderea Involuntară a Locului de Muncă* a Persoanei Asigurate se produce după achitarea anticipată a creditului, valoarea Indemnizației de Asigurare va fi egală cu Totalul lunar de plată conform ultimului grafic de rambursare

primit de către Persoana Asigurată înainte de rambursarea anticipată a creditului.

Perioada maximă pe Eveniment Asigurat pentru care se plătește Indemnizația de Asigurare pentru Pierderea Involuntară a Locului de Muncă este de 6 luni, calculată de la data expirării Perioadei de Eliminare / Recalificare, așa cum sunt definite în capitolul Definiții din prezentele Condiții de Asigurare. Pe parcursul derulării unui Contract de Asigurare sunt acoperite maximum 3 Evenimente Asigurate pentru Pierderea Involuntară a Locului de Muncă, cu respectarea Condițiilor de Asigurare și numai dacă între două Evenimente Asigurate consecutiv, Persoana Asigurată a deținut un loc de muncă pe o perioadă nedeterminată de minimum 6 luni cu minimum 20 de ore lucrătoare pe săptămână. Această perioadă se extinde la 12 luni pentru Persoanele Asigurate care au un contract de mandat / administrator, pentru directorii / administratorii de companii – în baza Legii 31/1990 privind societățile comerciale, republicată cu modificările și completările ulterioare și pentru persoanele care desfășoară o activitate profesională plătită și care au ales să plătească individual indemnizația de șomaj.

În cazul concurenței Evenimentelor Asigurate de tipul Șomaj și Incapacitate Temporară de Muncă din orice cauză, plata Indemnizației de Asigurare se va plăti o singură dată și numai pentru Evenimentul Asigurat survenit primul, dar numai dacă sunt respectate Condițiile de Asigurare. Plata Indemnizației de Asigurare se face doar cu condiția existenței unei Acoperiri prin Asigurare valabile la data producerii Evenimentului Asigurat. Indemnizația de Asigurare va fi plătită într-un termen de 15 zile de la data la care Asigurătorul a finalizat investigațiile necesare pentru determinarea obligației sale de plată și au fost primite de către Asigurător documentele semnate de către Beneficiar pentru acceptarea plății Indemnizației de Asigurare. Indemnizația de Asigurare va fi plătită către Beneficiarul Asigurării.

9. Drepturile și obligațiile Asigurătorului

Asigurătorul este obligat să mențină confidențialitatea informațiilor despre care are

cunoștință, ca urmare a verificării stării de sănătate a Persoanei Asigurate. Acestea pot fi utilizate de către Asigurător doar în legătură cu desfășurarea Contractului de Asigurare și investigarea producerii Evenimentului Asigurat.

Prin aderarea la Contractul 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 Asigurării 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.

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

10. Protecția datelor cu caracter personal

Conform legii privind protejarea datelor cu caracter personal, Contractantul și Persoana Asigurată permit ca datele personale furnizate în Nota de Informare și Declarația de includere în asigurare sau în declarații, să fie folosite într-o bază de date creată, administrată și menținută de Asigurător. Asigurătorul va putea, dacă va fi cazul, să transmită datele personale conținute în poliță pentru a fi prelucrate în scopul emiterii Certificatelor de Asigurare, înștiințărilor de orice natură care au legătură cu Contractul de Asigurare către alte societăți cu care are legătură contractuală cu clauze stricte privind protecția datelor cu caracter personal. În acest scop, Asigurătorul nu va fi obligat să solicite în scris expres acordul Persoanei Asigurate sau Contractantului. Acceptarea încheierii Contractului de Asigurare echivalează cu acceptarea transmiterii spre prelucrare a datelor personale în scopurile menționate anterior.

Datele personale vor fi utilizate doar în legătură cu Contractul de Asigurare sau în scopul notificării

Persoanei Asigurate cu privire la noutăți și produse ale Asigurătorului.

Asigurătorul își asumă responsabilitatea pentru protejarea datelor cu caracter medical, precum și a celorlalte date cu caracter personal în limitele și condițiile stabilite de legislația în vigoare în domeniu. Persoana Asigurată are dreptul de informare, dreptul de acces la datele cu caracter personal pe care le furnizează, dreptul de intervenție asupra datelor și 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. Persoana Asigurată își poate exercita drepturile prevăzute în acest paragraf, depunând la ERGO ASIGURĂRI DE VIAȚĂ S.A. o cerere în formă scrisă, datată și semnată. În cerere, solicitantul poate arăta dacă dorește ca informațiile să îi fie comunicate la o anumită adresă de corespondență sau printr-un serviciu de corespondență care să asigure că predarea i se va face numai personal.

11. Dispoziții Finale

Toate declarațiile sau notificările în legătură cu Asigurarea vor fi făcute în limba română. În cazul în care documentele solicitate sunt redactate într-o altă limbă decât limba română, acestea vor fi transmise astfel: copie sau după caz originalul documentului în limba străină și traducere legalizată în limba română, în original, a documentului emis în limba străină.

Toate documentele depuse de către Persoana Asigurată sau Moștenitorii acesteia vor fi certificate pentru conformitate cu documentul original de către ofițerul bancar.

Corespondența transmisă de către Asigurător Contractantului Asigurării, indiferent dacă a fost trimisă prin scrisoare cu confirmare de primire sau scrisoare simplă, se consideră a fi primită la data când a fost acceptată sau refuzată, după caz, de către destinatar sau la data expirării perioadei de primire. În cazul în care Contractantul Asigurării sau Persoana Asigurată nu își îndeplinesc obligațiile contractuale și nu notifică schimbarea adresei de corespondență

Asigurătorului, scrisoarea se consideră a fi primită la data la care acest document a fost returnat Asigurătorului ca fiind nelivrabil.

Corespondența transmisă de către Asigurător prin scrisoare simplă, este considerată a fi primită de către Contractant sau de către Persoana Asigurată în 5 zile de la data înscrisă în borderoul de trimiteri.

Datoriile pecuniare ale părților se consideră a fi achitate la data la care a fost creditat contul părții creditoare cu suma datorată. Toate cheltuielile, taxele și impozitele aferente Asigurării se plătesc în conformitate cu legislația română în vigoare.

Contractul de Asigurare este reglementat de legislația română în vigoare.

Asigurătorul este responsabil pentru conformitatea prezentelor Condiții de Asigurare la legislația aplicabilă în vigoare. Orice nelămurire / reclamație a Persoanei Asigurate cu privire la interpretarea sau executarea prezentului Contract de Asigurare se va adresa Asigurătorului, care este obligat să răspundă în termenul prevăzut de legislația în vigoare, calculat de la data recepționării reclamației / cererii.

Forța majoră apără de răspundere partea care o invocă și se comunică celeilalte părți contractante în termen de 5 zile; în următoarele 15 zile trebuie transmise documentele eliberate de Camera de Comerț și Industrie competentă care să ateste evenimentele respective. Părțile vor face toate eforturile posibile pentru a asigura reluarea îndeplinirii normale a obligațiilor respective care le revin în cadrul prezentului Contract de Asigurare după producerea oricăruia din cazurile de forță majoră. Înainte de restabilirea situației normale, obligațiile părților vor fi îndeplinite în cea mai mare măsură posibilă.

Termenul de prescripție stabilit prin normele legale în vigoare aferent oricăror drepturi rezultate din prezentul contract de asigurare este de 2 ani (în raporturile de asigurare) și va fi calculat începând cu data producerii Evenimentului Asigurat așa cum este el definit.

Contractul de asigurare nu beneficiază de bonusuri, participare la profit sau de suma asigurată redusă și nu este unul de tip unit linked sau de anuități care sunt legate de fonduri de investiții.

Persoana Asigurată este de acord ca orice modificare a datelor de identificare ale Societății de asigurare, cum ar fi, dar nelimitat la, denumire, formă juridică, sediul social, telefon sau orice alte date de identificare, să fie aduse la cunoștința acestuia prin menționarea acestora pe pagina de web a Asigurătorului (www.ergo.ro).

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 National de Statistică.

12. Litigii

Informații despre modalitățile de rezolvare pe cale amiabilă a petițiilor formulate de Persoanele Asigurate sau de Beneficiarii contractelor de asigurare, după caz, acestea neconstituind o restrângere a dreptului clientului de a recurge la procedurile judiciare legale.

Orice petiție privitoare la acest produs de asigurare va fi făcută în scris și transmisă prin fax, e-mail sau scrisoare, către Societatea de asigurare ori prin intermediul aplicației de “Petiții” de pe site-ul www.ergo.ro Petiția trebuie să conțină cel puțin următoarele date de identificare: numele / prenumele și CNP-ul asiguratului / petentului. ERGO ASIGURĂRI DE VIAȚĂ S.A. va răspunde petentului, în scris, în termen de 30 zile de la data înregistrării petiției.

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 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.

Orice litigiu în legătură cu prevederile Contractului de Asigurare va fi soluționat pe cale amiabilă. Dacă soluționarea amiabilă nu va fi posibilă, litigiul va fi soluționat de instanțele judecătorești competente din România.

13. Informații generale privind deducerile prevăzute de legislația fiscală aplicabilă contractelor de asigurare

Deducerile fiscale aplicabile Contractului de Asigurare sunt cele prevăzute de legislația în vigoare.

14. 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 asigurătoare se află în stare de insolabilitate.

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 quantumului sumelor convenite creditorilor din asigurări, creanțele acestora vor putea fi onorate pe măsura alimentării Fondului cu resursele financiare prevăzute de lege.

15. 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 Asiguratorului acest fapt, printr-un document scris. Documentul respectiv trebuie să cuprindă ambele specimene, atât cel vechi, cât și cel nou.