

**Contractul de asigurare de viață al societății ING Asigurări de Viață S.A.** este guvernat de prezentele **Condiții Contractuale, înregistrate la Comisia de Supraveghere a Asigurărilor sub nr. 34154 / 25.11.2009**

**Art. 1 Definiții:**

**Accident** – Orice eveniment imprevizibil, survenit independent de voința Asiguratului, care cauzează vătămări corporale imediate, datorate acțiunii bruște, utime asupra organismului a unor factori externi fizici (mecanici, termici, electrice, etc.) sau chimici, cu excepția infecțiilor (virale, bacteriene, fungice, etc.) și substanțelor terapeutice care acționează asupra sistemului imunitar.

**An de asigurare** – Perioada de 1 (un) an cuprinsă între două date succesive de Aniversare a Contractului. Primul an de asigurare începe la Data de încheiere a Contractului.

**Aniversarea Contractului** – Fiecare aniversare a Datei de încheiere a Contractului.

**Asigurat** - Persoana a cărei viață și stare de sănătate constituie obiectul asigurării.

**Asigurat Principal** – Contractantul asigurării, în cazul în care acesta este o persoană fizică, sau o persoană fizică cu care Contractantul persoană juridică are relații generatoare de venituri.

**Asigurat Secundar** – Soțul / soția Asiguratului Principal la încheierea Contractului, care a semnat Contractul de asigurare.

**Asigurător** – S.C. ING Asigurări de Viață S.A., cu sediul central în Str. Costache Negri, nr. 1-5, sector 5, București, autorizată de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, înmatriculată în Registrul Asigurătorilor cu numărul RA-012, la data de 10.04.2003.

**Beneficiar** – Persoana având Interes asigurabil căreia îi va fi plătită Indemnizația de asigurare în urma producerii unui Eveniment asigurat. Conform prezentului Contract, poate avea calitatea de Beneficiar doar o persoană fizică. În ceea ce privește componentele de spitalizare și intervenție chirurgicală din accident, beneficiar este Asiguratul Principal.

**Boală** – Orice suferință sau dereglare a funcțiilor organismului, diagnosticată ca atare de un medic specialist, cu excluderea afecțiunilor care nu au o bază obiectivă de diagnostic (explorări paraclinice).

**Broker de asigurare** – Persoana juridică română, autorizată de către Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, respectiv intermediarul în asigurări cu sediul social într-un stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European care, în baza dreptului de stabilire și a libertății de a presta servicii, desfășoară activitatea de intermediere pe teritoriul României, care negociază pentru clienții săi, persoane fizice sau juridice, asigurați ori potențial asigurați, încheierea contractelor de asigurare și acordă asistență înainte și pe durata derulării contractelor de asigurare.

**Co-Asigurați** – Copiii minori ai Asiguratului, naturali sau înfiați, necăsătoriți, a căror stare de sănătate constituie obiectul componentelor de spitalizare și intervenție chirurgicală din accident.

**Consultant de asigurare** – Persoana fizică sau juridică ce desfășoară activitatea de intermediere de asigurări, reglementată, supravegheată și controlată de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, în baza unei autorizații valabile, scrise, din partea Asigurătorului, denumită Contract de Consultant Asigurări de Viață.

**Contractantul asigurării** – Persoana fizică sau juridică, având Interes asigurabil cu privire la Asigurat, care încheie Contractul de asigurare împreună cu Asiguratorul și care se obligă să plătească primele de asigurare. În cazul în care, în cadrul Contractului, obiectul asigurării este constituit de viața și starea de sănătate ale Contractantului, acesta din urmă cumulează și calitatea de Asigurat Principal.

**Data de încheiere a Contractului** – Data la care a fost semnat Contractul de asigurare și a fost plătită integral prima inițială de asigurare. În cazul în care cele două date sunt diferite, Data de încheiere a Contractului va fi considerată cea mai recentă dintre acestea.

**Durata Contractului**– Perioada de 5 (cinci) ani care începe din Data de încheiere a Contractului de asigurare.

**Perioada precontractuală acoperită limitat** - Perioada de timp cuprinsă între ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare Datei de semnare a contractului de asigurare și a plății parțiale a primei de

asigurare și ora 0:00 a Datei intrării în vigoare a Contractului de asigurare.

**Eveniment asigurat** – Un eveniment la a cărui producere Asiguratorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare, în conformitate cu prevederile Contractului de asigurare.

Sunt considerate evenimente asigurate:

- Decesul Asiguratului, din orice cauză, pe perioada de valabilitate a Contractului;

- Decesul Asiguratului pe perioada de valabilitate a Contractului, deces cauzat direct de un Accident;

- Spitalizarea suferită de către Asigurat/Co-Asigurat pe perioada de valabilitate a Contractului, pentru afecțiuni cauzate direct de un Accident;

- Intervenția chirurgicală suferită de către Asigurat/Co-Asigurat pe perioada de valabilitate a Contractului, pentru afecțiuni cauzate direct de un Accident.

**Indemnizația de asigurare** – Suma plătită de către Asigurator, în conformitate cu prevederile Contractului, deces cauzat direct de un Accident; Evenimentului asigurat.

**Interes asigurabil** – Motivația financiară existentă între Asigurat și Contractant, pe de o parte (sub aspectul interesului legitim de plată a primelor de asigurare), și între Asigurat și Beneficiar, pe de altă parte (sub aspectul interesului legitim de încasare a Indemnizației de asigurare în cazul decesului Asiguratului).

**Intervenție chirurgicală** – Procedură sau tehnică medicală efectuată asupra Asiguratului / Co-Asiguratului într-un Spital, de către un medic specialist într-o disciplină chirurgicală, și considerată necesară pentru vindecarea sau ameliorarea unei boli sau vătămări corporale suferite de Asigurat / Co-Asigurat. Procedura sau tehnica medicală trebuie să implice o incizie și să fie efectuată sub o anestezie locală sau generală, de către un medic chirurg cu drept de liberă practică, în prezența unui medic anestezist.

**O zi de spitalizare** – Intervalul de 24 (douăzeci și patru) de ore petrecut efectiv de către Asigurat / Co-Asigurat în Spital. Prima zi de spitalizare, care începe la ora de internare a Asiguratului / Co-Asiguratului, odată cu luarea în evidență a acestuia de către Spital și se termină la ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare, este calculată ca o zi de spitalizare întreagă. Ultima zi de spitalizare, care începe la ora 00:00 și se termină la momentul externării, se consideră o zi de spitalizare întreagă.

**Prima de asigurare** – Valoarea costului asigurării specificată în Contractul de asigurare.

**Spital** – Instituție sanitară care îndeplinește concomitent următoarele cerințe:

- Funcționează în temeiul legii, în cadrul sistemului medical public sau privat și în condiții de deplină autorizare și/sau acreditare;

- Acordă permanent asistență medicală de specialitate (pentru diagnosticul și tratamentul medical sau chirurgical al persoanelor bolnave sau accidentate) prin personal calificat: medici specialiști și asistenți medicali cu diplomă recunoscută și cu drept de exercitare a profesiei;

- Dispune de echipamente și instrumente adecvate efectuării procedurilor specifice de diagnostic și tratament;

- Ține o evidență clară a pacienților internați, cu menționarea evoluției zilnice și a procedurilor terapeutice care se execută pentru fiecare pacient.

Nu se consideră a fi Spital:

- Instituțiile destinate îngrijirii alcoolicilor sau persoanelor dependente de droguri;

- Sanatoriile balneo-climaterice, TBC sau de recuperare neuro-psihomotorie;

- Instituțiile pentru tratarea bolilor psihice;

- Instituțiile de reabilitare;

- Azilele pentru bătrâni.

**Spitalizare** – Perioada de internare a Asiguratului / Co-Asiguratului într-un Spital considerată de către un medic specialist ca fiind necesară pentru ameliorarea sau vindecarea unei boli sau a unei vătămări corporale.

**Suma asigurată** – Suma prevăzută ca atare în cadrul Contractului de asigurare.

**Art. 2 Prevederi generale**

2.1. Ora 24:00 a asigurare se încheie între Asigurator și orice persoană fizică sau juridică, în

calitate de Contractant. În cazul în care Contractantul este o persoană fizică, acesta este obligatoriu și Asigurat Principal. În cazul în care Contractantul este o persoană juridică, Asigurat Principal poate fi doar o persoană care are relații generatoare de venituri cu Contractantul.

2.2. Atât Asiguratul Principal, cât și Asiguratul Secundar, dacă există, trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele condiții imperative:

a) să aibă vârsta cuprinsă între 18 (optsprezece) și 50 (cincizeci) de ani împliniți la Data de încheiere a Contractului de asigurare;

b) să nu figureze simultan ca Asigurat în alt contract în vigoare de acest tip;

c) să aibă capacitate de exercițiu deplină, în conformitate cu prevederile legislației românești în vigoare.

2.3. Co-Asiguratul trebuie să aibă vârsta cuprinsă între 1 (unu) și 17 (șaptesprezece) ani împliniți la Data de încheiere a Contractului de asigurare.

2.4. La Data de încheiere a Contractului, Contractantul are dreptul să opteze doar pentru unul dintre nivelurile de sumă asigurată prevăzute în Contractul de asigurare, fără posibilitatea ca pe parcursul contractului să revină asupra variantei alese. La fiecare Aniversare a Contractului, Sumele asigurate vor fi majorate în conformitate cu prevederile Contractului de asigurare.

2.5. Toate informațiile obținute de Asigurator referitoare la starea de sănătate a Asiguratului / Co-Asiguratului se vor trata confidențial și se vor folosi numai în scopuri interne.

2.6. Statutul legal al Consultantului / Brokerului de asigurare:

- atribuțiile aferente statutului legal al Consultantului de asigurare constau exclusiv în încasarea primei inițiale de asigurare și primirea documentelor solicitate de către Asigurator de la Contractantul asigurării.

- atribuțiile aferente statutului legal al Brokerului de asigurare constau exclusiv în primirea documentelor solicitate de către Asigurator de la Contractantul asigurării.

Consultantul / Brokerul de asigurare nu va fi considerat un reprezentant legal al Asiguratorului în scopul încheierii valabile a contractului de asigurare. În cazul în care Consultantul / Brokerul de asigurare are cunoștință despre un fapt concret în legătură cu sau decurgând din încheierea și derularea Contractului de asigurare, aceasta nu înseamnă implicit că Asiguratorul are, de asemenea, cunoștință despre acel fapt.

2.7. Legislația aplicabilă – Contractul de asigurare va fi guvernat de legislația română în vigoare.

2.8. Instanța competentă – Toate litigiile decurgând din sau în legătură cu Contractul de asigurare vor fi soluționate de instanța competentă potrivit legislației române în vigoare.

2.9. În conformitate cu prevederile codului fiscal în vigoare, primele de asigurare de viață nu constituie deduceri din baza impozabilă pentru persoane fizice. În cazul în care Contractantul este persoană juridică, impozitele care se referă la plata primelor de asigurare, dacă sunt aplicabile conform dispozițiilor legale în vigoare, sunt suportate de către Contractantul asigurării, împreună cu primele corespunzătoare. Asiguratorul nu are nicio responsabilitate în cazul în care Contractantul persoană juridică nu se conformează unor asemenea dispoziții legale.

În ceea ce privește despăgubirile încasate din asigurări, acestea nu se impozitează la persoana fizică beneficiară.

**Art. 3 Intrarea în vigoare și încetarea Contractului de asigurare**

3.1. Contractul și, implicit, acoperirea prin asigurare intră în vigoare la ora 00:00 a zilei următoare Datei de încheiere a Contractului de asigurare și încetează la ora 24:00 a zilei de expirare a asigurării.

3.2. În următoarele situații, Contractul de asigurare își încetează efectele de plin drept, fără a mai fi necesară îndeplinirea vreunei alte formalități, somații, proceduri, etc. și fără intervenția vreunei instanțe judecătorești:

a) la ora 24:00 a datei expirării Contractului de asigurare;

b) denunțarea unilaterală a Contractului de asigurare la solicitarea scrisă a Contractantului, a Asiguratului Principal sau a Asiguratului Secundar. Contractul își va înceta efectele la ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei de încetare astfel solicitate sau, în cazul în care o astfel de dată nu este specificată expres, la ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei recepționării de către Asigurator a înștiințării scrise de denunțare a Contractului de asigurare. Într-o asemenea situație, Asiguratorul este exonerat de obligația efectuării vreunei plăți.

c) la data decesului Asiguratului, în cazul unui contract cu un singur Asigurat, sau la data ultimului deces dintre decesele Asiguratului Principal și Asiguratului Secundar în cazul unui contract cu Asigurat Secundar, urmat de plata Indemnizației / Indemnizațiilor de asigurare de deces;

d) la data decesului Asiguratului, în cazul unui contract cu un singur Asigurat, sau la data ultimului deces dintre decesele Asiguratului Principal și Asiguratului Secundar în cazul unui contract cu Asigurat Secundar, neurnmat de plata Indemnizației / Indemnizațiilor de asigurare de deces, datorită neîndeplinirii condițiilor contractuale pentru plata Indemnizației.

e) Prin rezilierea unilaterală de către Asigurator a Contractului de asigurare, în următoarele situații:

- în cazul nerespectării prevederilor articolelor 2.2 și 2.3 de mai sus, constatată de către Asigurator ulterior intrării în vigoare a Contractului de asigurare;

- în cazul în care Contractantul și / sau Asiguratul și/sau Beneficiarii (respectiv moștenitorii Asiguratului în calitate de Beneficiari) furnizează Asiguratorului declarații false și / sau informații incomplete cu privire la împrejurările esențiale referitoare la riscurile asigurate (privitor la declarația pe propria răspundere referitoare la starea de sănătate), informații care, dacă ar fi fost aduse la cunoștința Asiguratorului, ar fi determinat neîncheierea Contractului de asigurare. La constatarea acestor situații, Asiguratorul are dreptul de a rezilia unilateral Contractul de asigurare, printr-o scrisoare recomandată adresată în acest sens Contractantului sau Beneficiarilor, după caz. Contractul de asigurare va înceta de plin drept la ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei expedierii de către Asigurator a scrisorii mai sus menționate. Într-o asemenea situație, Asiguratorul este exonerat de obligația efectuării plății vreunei indemnizații de asigurare, iar primele de asigurare plătite de către Contractant vor fi reținute de către Asigurator.

3.3. În cazul decesului Contractantului persoană fizică pe perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, Asiguratul Secundar dobândește automat calitatea de Contractant, începând cu ora 00:00 a zilei următoare datei decesului Contractantului persoană fizică. 3.4. În cazul contractului cu Contractant persoană juridică, dacă Asiguratul Principal decedează, Asiguratul Secundar dobândește automat calitatea de Contractant, începând cu ora 00:00 a zilei următoare datei decesului Asiguratului Principal. În situația în care Asiguratul Secundar, devenit Contractant, își exprimă în scris refuzul de a prelua Contractul de asigurare, acesta este reziliat de drept, contractul încetând să mai producă efecte din ziua următoare recepționării refuzului la sediul central al Asiguratorului.

3.5. În cazurile prevăzute la articolele 3.3 și 3.4, precum și în cazul decesului Asiguratului Secundar pe perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, Asiguratorul va emite un document însoțit de o poliță de asigurare, prin care îl va înștiința pe Contractant de modificările contractuale survenite. În cazul contractelor cu plata eşalonată a primei de asigurare, Asiguratorul va comunica Contractantului și noua primă de asigurare, recalculată în funcție de persoanele asigurate – Asiguratul și Co-Asigurații – rămase în contract și care va intra în vigoare începând cu următoarea scadență de plată a primei de asigurare.

3.6. În caz de reorganizare a Contractantului persoană juridică sau de încetare a raporturilor generatoare de venituri între Contractant și Asiguratul Principal, Contractul de asigurare poate fi preluat de către Asiguratul Principal sau poate fi transferat unei alte entități juridice care dobândește un interes asigurabil

asupra Asiguratului Principal. Transferul Contractului de asigurare va fi efectuat cu acordul ambelor părți contractante – Asigurator și noul Contractant – în condițiile ce vor fi convenite, în scris, de către părți.

**Art. 4 Modul de calcul și plata primelor. Întârzierea plății primelor de asigurare și repunerea în vigoare**

4.1. Toate primele de asigurare trebuie plătite în monedă românească.

4.2. Prima de asigurare se determină ca sumă a primelor de asigurare aferente tuturor persoanelor asigurate în cadrul contractului, în funcție de vârstele Asiguratului Principal și Secundar la Data de încheiere a Contractului de asigurare, de numărul de Co-Asigurați și de nivelul sumelor asigurate.

4.3. Primele de asigurare pot fi eşalonate sau unice.

Primele de asigurare eşalonate sunt plătite pe durata contractului. Prima de asigurare inițială se va plăti integral la Data de încheiere a Contractului de asigurare, iar primele următoare se vor plăti integral nu mai târziu de prima zi a fiecărei perioade acoperite de respectiva primă de asigurare. Prima unică de asigurare va fi plătită integral la Data de încheiere a Contractului de asigurare. Contractantul este răspunzător pentru plata primelor de asigurare.

4.4. Plata primelor de asigurare eşalonate va fi efectuată exclusiv prin instituții de credit autorizate (societate bancară, Casa de Economii și Consemnațiuni, etc.). Plățile la care Contractantul se obligă prin Contractul de asigurare vor fi considerate a fi efectuate la ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei la care instituția de credit în cauză a vizat instrucțiunea de plată a primei emisă de către Contractant și înaintată în acest scop. Instrucțiunea de plată emisă de către Contractant, conținând datele complete și corecte privind plata și transferul către contul bancar al Asiguratorului și vizată în mod corespunzător de către instituția de credit, va face dovada efectuării plății.

4.5. Contractantul beneficiază de un termen de grație în vederea efectuării plății primelor de asigurare eşalonate de 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data scadenței respectivei plăți. În cazul în care Contractantul nu a efectuat plata primelor restante nici în cadrul termenului de grație, Asiguratorul va suspenda acoperirea riscului producerii Evenimentului asigurat începând cu ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare zilei expirării termenului de grație. Orice Eveniment asigurat produs după această dată și până la repunerea în vigoare a acoperirii contractuale a riscului, prin plata integrală a primelor restante relevante către Asigurator în conformitate cu prevederile art. 4.4, nu va fi acoperit de către Asigurator, acesta fiind exonerat de plata oricărei Indemnizații de asigurare.

4.6. Dacă primele de asigurare eşalonate nu au fost plătite integral de Contractant până la data scadenței plății, Contractul de asigurare continuă să-și producă efectele, cu excepția neacoperirii riscului producerii Evenimentului asigurat de la data și în condițiile prevăzute la art. 4.5. La împlinirea a 90 (nouăzeci) de zile de întârziere a plății, Contractul de asigurare va fi reziliat de plin drept, fără a mai fi necesară îndeplinirea vreunei alte formalități, somații, proceduri, etc. și fără intervenția vreunei instanțe judecătorești, Asiguratorul fiind exonerat de obligația efectuării vreunei plăți. Contractantul asigurării va fi notificat în scris cu 20 (douăzeci) de zile înaintea împlinirii acestei perioade asupra consecințelor legale ale neplății primei de asigurare restante.

4.7. În cazul în care Contractantul asigurării plătește integral prima de asigurare restantă în termen de 90 (nouăzeci) de zile calendaristice de la data scadenței, acoperirea riscului producerii Evenimentului asigurat va fi repusă în vigoare, cu efect numai pentru viitor, începând cu ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei efectuării plății primei de asigurare datorate, în conformitate cu prevederile art. 4.4 de mai sus. În acest caz, repunerea în vigoare a acoperirii contractuale a riscului de către Asigurator se va face în condițiile dinaintea suspendării acoperirii riscului producerii Evenimentului asigurat.

4.8. Contractul reziliat datorită neplății primei de asigurare poate fi repus în vigoare în maxim 1 (un) an de la data rezilierii. Repunerea se va face cu efect

numai pentru viitor, începând cu ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei efectuării plății primelor de asigurare restante datorate.

**Art. 5 Plata indemnizațiilor**

5.1. Asiguratorul va fi înștiințat în scris, în cel mai scurt timp, despre orice Eveniment prevăzut în contractul de asigurare, dar nu mai târziu de:

- 72 (șaptezeci și două) de ore de la externare / suportarea intervenției chirurgicale;

Anunțul se face prin trimiterea „Formularului de anunț al evenimentului asigurat Spitalizare / Intervenție chirurgicală”, semnat în original de Asigurat, însoțit de documentele menționate în formular care atestă producerea evenimentului.

- 30 (treizeci) de zile calendaristice de la producerea decesului.

În caz de neîndeplinire a acestor termene, Asiguratorul are dreptul să refuze plata Indemnizației de asigurare dacă din acest motiv nu a putut determina cu exactitate circumstanțele producerii Evenimentului asigurat.

5.2. La producerea Evenimentului asigurat, Beneficiarul se obligă să pună la dispoziția Asiguratorului următoarele documente:

a) dovada plății ultimei prime de asigurare în original; b) copia actului de identitate al Asiguratului / Co-Asiguratului / Beneficiarului (certificat de naștere - pentru copii, buletin / carte de identitate - pentru cetățenii români sau pașaport – pentru cetățenii străini) semnată în original de Beneficiar sau de reprezentantul legal al acestuia, dacă Beneficiarul este lipsit de capacitate de exercițiu;

c) fișa de consultații medicale întocmită de către medicul de familie care să cuprindă istoricul medical;

d) documente emise de către autoritățile competente care să ateste împrejurările producerii Accidentului;

e) certificat de analiză toxicologică a Asiguratului / Co-Asiguratului, în cazul în care aceasta a fost impusă prin lege;

f) documente care atestă producerea Evenimentului asigurat:

- în cazul decesului: copii legalizate ale certificatului de deces și certificatului medical constatator al decesului, emise de autoritățile competente;

- în cazul spitalizării și / sau intervenției chirurgicale: copie completă după Foaia de observație din Spital a Asiguratului / Co-Asiguratului și biletul de ieșire din spital în original.

g) oricare alte documente cerute de Asigurator pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al Indemnizației de asigurare.

5.3. Asiguratorul își rezervă dreptul de a investiga orice pretenție emisă de Beneficiarul contractual al Indemnizației de asigurare, pentru a determina întinderea obligației de plată a Indemnizației. Prin semnarea Contractului de asigurare, Asiguratul îl mandatează pe Asigurator să acționeze în numele său și pentru sine pentru îndeplinirea oricăror formalități și obținerea oricăror documente ce se impun a fi îndeplinite, respectiv procurate, astfel încât să se poată stabili circumstanțele producerii Evenimentului asigurat. Dacă în termen de 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data emiterii scrisorii recomandate prin care Asiguratorul solicită Beneficiarului transmiterea documentelor în conformitate cu art. 5.2 Beneficiarul refuză să furnizeze Asiguratorului aceste documente, Asiguratorul are dreptul să refuze plata Indemnizației de asigurare.

5.4. În cazul în care Asiguratul a dispărut sau identificarea corpului său nu este posibilă, Asiguratorul va plăti Indemnizația de asigurare Beneficiarilor desemnați sau moștenitorilor Asiguratului, după caz, numai în baza unei hotărâri judecătorești de declarare a morții prezumate, rămasă definitivă și irevocabilă.

5.5. În cazul unui Eveniment asigurat, Asiguratorul are dreptul de a verifica veridicitatea informațiilor furnizate de către Asigurat la Data de încheiere a Contractului de asigurare. Dacă se constată că Asiguratul a furnizat declarații false sau informații incomplete (cu privire la declarația pe propria răspundere referitoare la starea de sănătate) la completarea Contractului de asigurare, Asiguratorul are dreptul de a refuza acordarea Indemnizației de asigurare.

