

Societatea : Asigurarea Românească Asirom VIENNA INSURANCE GROUP S.A., înregistrată în România, Nr. de înregistrare în Registrul Comerțului: J1991000304405, CUI: 336290. Identificator Unic la Nivel European (EUID): ROONRC.J1991000304405. Societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, Nr. Înmatriculare în Registrul Asigurătorilor : RA-023/2003

Produsul: GRUP FORTE - PPC

Acest document prezintă un rezumat al principalelor acoperiri și excluderi ale contractului de asigurare. Nu răspunde la nevoile și cerințele dumneavoastră personalizate. Informații complete despre acest produs găsiți în documentația precontractuală și contractuală.

Despre ce tip de asigurare este vorba?

Asigurare de viață destinată persoanelor juridice ca fiind un instrument modern și eficient în recrutarea, fidelizarea și protecția angajaților (în calitate de asigurați) împotriva unor riscuri care pot surveni în cazul unui accident sau a unei boli. În cazul producerii unui risc, acoperit prin asigurare, veți beneficia de suport financiar, prin plata de către asigurător a indemnizațiilor de asigurare prevăzute în contract.



Ce se asigură?

ASIGURAREA DE BAZĂ

- ✓ **Deces din orice cauză:** Decesul din orice cauză (accident sau îmbolnăvire) a asiguratului, produs înainte de termenul de expirare a contractului.

ASIGURĂRI SUPLIMENTARE

- ✓ **Deces din accident:** Decesul asiguratului ca urmare a unui accident survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, dacă decesul survine în termen de un an de la data Accidentului.
- ✓ **Invaliditate permanentă din accident:** Pierderea permanentă și ireversibilă a capacității funcționale/capacității de muncă a Asiguratului, ca urmare a unui Accident, confirmată prin documente medicale și/sau decizie de încadrare în grad de invaliditate conform Legii nr. 263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice, cu modificările și completările ulterioare (invaliditate grad I sau grad II, nerevizuibilă).
- ✓ **Spitalizare din accident / boală:** Spitalizarea Asiguratului (internare într-o unitate spitalicească pentru minimum 7 nopți consecutive), ca urmare a:
 - unui accident survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare
 - unei îmbolnăviri diagnosticate în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, cu respectarea perioadei de așteptare de 1 lună de la data includerii
- ✓ **Incapacitate temporară de muncă din accident / boală:** Starea de imposibilitate temporară a Asiguratului de a desfășura activitatea salariată sau activitatea generatoare de venit, dovedită prin certificat de concediu medical emis de un medic abilitat, conform legislației aplicabile.
- ✓ **Pierderea involuntară a locului de muncă (Șomaj):** Încetarea contractului individual de muncă al Asiguratului din motive obiective justificate, neimputabile acestuia, care conduce la pierderea involuntară a venitului salarial și la îndeplinirea criteriilor de eligibilitate prevăzute în condițiile contractului.



Ce nu se asigură?

- ✗ Invaliditatea permanentă preexistentă încheierii contractului de asigurare respectiv o invaliditate mai mare de 50%
- ✗ Handicapurilor sau afecțiunilor preexistente datei de început a contractului. Dacă Contractul este plătit în termen (fără întârzieri) și este reînnoit fără întrerupere, data de referință pentru calculul bolilor preexistente este data de început a primului contract reînnoit fără întrerupere;
- ✗ Boli sau afecțiuni preexistente încheierii contractului de asigurare
- ✗ Practicării, chiar ocazionale, a unor sporturi extreme (parașutism, deltaplanorism, utilizarea de parapante, sărituri cu coarda elastică, rafting, box, curse de cai, scufundări autonome cu sisteme de respirație sub apă, surfing, windsurf, speologie, alpinism etc.) și a oricărui tip de competiție sportivă sau antrenamentelor aferente – enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă;
- ✗ Lipsei măsurilor de securitate și de protecție a lucrătorilor, cerute de specificul activității desfășurate;
- ✗ Participării ca subiect la experimente medicale, studii clinice sau lucrări de cercetare, declarate sau nu ca atare;



Pentru situațiile neacoperite specifice fiecărei acoperiri de tip Bill Protection (Spitalizare, Incapacitate temporară de muncă, Pierderea involuntară a locului de muncă), a se vedea condițiile de eligibilitate, limitele și situațiile neacoperite detaliate în condițiile contractuale.



Există restricții de acoperire?

PRINCIPALELE EXCLUDERI:

Evenimentele care au fost prilejuite:

- ! de afecțiuni medicale preexistente
- ! de război civil, revoluție, rebeliune, insurecție, acte de terorism, acțiunea puterilor militare ori uzurpatoare, răscoală, greve ori tulburări civile
- ! de explozie, de acțiunea unor substanțe explozive, toxice, radioactive, corosive, nucleare, poluante ori de contaminare din orice cauză, urmare a celor de mai sus
- ! de reacții nucleare, radiații nucleare și contaminări radioactive
- ! de urmările practicării, chiar ocazionale, a unor sporturi periculoase sau extreme
- ! în timpul unei ascensiuni montane, acolo unde în mod normal se utilizează frânghii și materiale de alpinism
- ! de urmările afecțiunilor psihice sau psihiatrice, de consecințele consumului de alcool, de medicamente sau narcotice asupra persoanei asigurate
- ! de urmările unor boli ori simptome ale unor boli, ori stări de boală sau de un handicap preexistent
- ! de infecția cu virusul HIV, SIDA sau stări în legătură cu SIDA
- ! de boli declarate oficial ca epidemii, pandemii ori boli infecțioase sau parazitoze endemice contractate pe teritoriul unei țări, recunoscută drept zonă de contaminare.

PRINCIPALELE RESTRICȚII:

- ! Totalul indemnizațiilor de asigurare plătite de Asirom, pentru fiecare risc produs, nu poate să depășească sumele asigurate aferente fiecărui risc, înscrise în contractul de asigurare.
- ! În cazul producerii riscului de deces din accident, Asirom plătește o indemnizație fixă (plată unică) suplimentară față de indemnizația pentru Deces din orice cauză. În caz de deces din accident, beneficiarul primește ambele beneficii.
- ! În cazul producerii riscului de spitalizare, Asirom plătește valoarea unei Facturi eligibile PPC E (fără penalități), aferente lunii calendaristice în care se află perioada de spitalizare, în limita sumei menționate în condițiile contractuale și maximum o factură/lună.
- ! În cazul producerii riscului de invaliditate totală permanentă din accident, Asirom plătește o indemnizație fixă (plată unică), cu condiția îndeplinirii criteriilor de eligibilitate și a achitării primei aferente.
- ! În cazul producerii riscului de pierdere involuntară a locului de muncă (șomaj), Asirom plătește o indemnizație lunară egală cu valoarea Facturii eligibile, în limita sumei menționate în condițiile contractuale, pentru perioada eligibilă de șomaj. Indemnizația se plătește exclusiv în contul (IBAN) indicat de asigurat. Se pot plăti maximum 12 indemnizații lunare pentru același eveniment de șomaj și, în orice caz, nu mai mult de 12 indemnizații într-un an de asigurare.
- ! În cazul producerii riscului de incapacitate temporară de muncă (din orice cauză), Asirom plătește indemnizație lunară egală cu valoarea Facturii eligibile PPC E (fără penalități), în limita sumei menționate în condițiile contractuale și maximum o factură/lună, pentru lunile calendaristice în



Unde beneficiaz de asigurare?

- ✓ Asigurarea este valabilă 24 de ore din 24 ore, atât pe teritoriul României, cât și în afara acesteia.



Ce obligații am?

Sub sancțiunea nulității contractului de asigurare sau negarantării acoperirii:

- **La încheierea contractului de asigurare:** să răspundeți în scris la toate întrebările cuprinse în cererea de asigurare, formulate de asigurător, care sunt esențiale pentru evaluarea riscului și să furnizați toate documentele justificative solicitate de către asigurător.
- **În cursul derulării contractului de asigurare:** În cazul decesului, Beneficiarul/Moștenitorul are obligația de a comunica despre producerea acestuia și de a depune cererea de plată, împreună cu documentele necesare, în termen de 30 de zile calendaristice de la data decesului.
- **În caz de producere a unui eveniment asigurat:** Pentru acoperirile suplimentare incluse în produsul Bill Protection (Deces din accident, Invaliditate totală permanentă din accident, Spitalizare, Șomaj, Incapacitate temporară de muncă), Asiguratul/Beneficiarul are obligația de a aviza evenimentul asigurat și de a depune cererea de plată, împreună cu documentele necesare, în termen de 60 de zile calendaristice de la data relevantă (data accidentului, data externării, data încetării ITM, data încetării contractului de muncă), dacă în condițiile de asigurare suplimentare nu se menționează altfel.



Când și cum plătesc?

- ✓ Prima de asigurare se plătește anticipat, pentru fiecare Asigurat cu un pachet de servicii activ. Acoperirea este valabilă numai pentru perioadele pentru care prima de asigurare aferentă a fost achitată. În cazul în care prima este achitată parțial pentru o lună, acoperirea se consideră nevalabilă (nulă) pentru acea lună, dacă părțile nu au agreeat altfel în Poliță.



Ce obligații de plată are Asirom?

Asirom plătește asiguratului / beneficiarului (după caz), drepturi care decurg din asigurare, respectiv:

- ✓ **Suma asigurată pentru deces (accident sau boală):** în caz de deces al asiguratului produs înainte de expirarea contractului de asigurare.
- ✓ **Indemnizații de asigurare:** în cazul producerii unuia dintre riscurile acoperite prin contract, acestea se plătesc asiguratului conform celor prevăzute în condițiile de asigurare.
- ✓ Contractul de asigurare nu poate fi răscumpărat și ca urmare suma de răscumpărare este zero.

Termene de plată privind drepturile din asigurare:

- ✓ **Pentru asigurarea de bază:** Suma convenită în baza contractului de asigurare se plătește în termen de cel mult 10 zile lucrătoare din ziua primirii de către Asirom a ultimului document necesar din cele prevăzute de condiții.
- ✓ Indemnizația de asigurare se plătește numai în România și numai în moneda în care a fost încheiat contractul.

Pentru asigurările suplimentare: spitalizare (accident / boală), invaliditate totală permanentă din accident, incapacitate temporară de muncă (accident/boală), pierderea involuntară a locului de muncă (șomaj): indemnizația se acordă numai pentru Factura eligibilă (fără penalități) și se plătește o singură dată pentru aceeași factură/lună calendaristică în termenul agreeat în condițiile de asigurare. Indemnizația se plătește exclusiv în contul bancar (IBAN) indicat de asigurat în cererea de despăgubire



Când începe și când încetează acoperirea?

- ✓ Asigurarea se încheie pentru durata de 1 an, cu posibilitatea de reînnoire. La cerere, Contractul de asigurare se poate încheia și pe alte durate. Durata contractului este înscrisă în Polița de asigurare.
- ✓ Răspunderea asigurătorului începe la data înscrisă în contract și încetează la data expirării contractului.



Cum pot să reziliesc contractul?

- ✓ Modul obișnuit de încetare a contractului de asigurare îl constituie ajungerea la termen, respectiv expirarea perioadei înscrise în poliță. Conform prevederilor Codului Civil, contractul de asigurare poate fi denunțat unilateral de către contractant / asigurat printr-o notificare scrisă, cu respectarea unui termen de preaviz de cel puțin 20 de zile calendaristice, calculate de la data primirii notificării de către asigurător.
- ✓ Rezilierea contractului trebuie să fie solicitată printr-o cerere scrisă, adresată asigurătorului. În cazul în care se constată că au fost plătite prime de asigurare pentru o perioadă care depășește data cererii de reziliere, în acest caz, asigurătorul are obligația de a restitui contractantului asigurării o parte din prima de asigurare plătită în avans.



Alte prevederi /obligații legale

- ✓ Legea aplicabilă contractului de asigurare este legea română. Eventualele neînțelegeri dintre părți se vor soluționa pe cale amiabilă, iar dacă acest lucru nu este posibil, litigiul va fi soluționat de instanțele judecătorești competente.
- ✓ Procedurile de soluționare a petițiilor (reclamațiilor) aplicabile prezentului contract de asigurare sunt cele prevăzute de Norma Autorității de Supraveghere Financiară nr.18/2017 privind procedura de soluționare a petițiilor referitoare la activitatea societăților de asigurare și reasigurare și brokerilor de asigurare. Orice petiție, cerere, reclamație se adresează în scris asigurătorului și este soluționată conform procedurilor interne ale societății, accesibile publicului la sediile și pe site-ul societății, termenul de răspuns la acestea fiind cel prevăzut de art. 5, alin. (8), din norma susmenționată, respectiv 30 de zile de la data înregistrării petiției, indiferent dacă soluția este favorabilă sau nefavorabilă. Această modalitate de soluționare a petițiilor nu limitează dreptul petentului de a se adresa Autorității de Supraveghere Financiară și/sau de a sesiza instanțele competente, potrivit legii.
- ✓ În conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr.38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți și în condițiile stabilite prin Regulamentul Autorității de Supraveghere Financiară nr. 4/2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN), consumatorul (asiguratul / contractantul / beneficiarul) are dreptul de a apela la soluționarea alternativă a eventualelor litigii cu asigurătorul (comerciant), prin exprimarea acestei opțiuni, în scris, către SAL-FIN, direct la sediul SAL-FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare. Consumatorii pot supune litigiul procedurilor SAL administrate de SAL-FIN dacă fac dovada că, în prealabil, au încercat să soluționeze litigiul direct cu asigurătorul (comerciantul) în cauză. Procedurile administrate și organizate de către SAL-FIN nu aduc atingere dreptului persoanei de a apela la mediere, dreptului la formularea de petiții sau dreptului persoanei de a se adresa instanțelor judecătorești competente. La data încheierii contractului de asigurare și emiterii

poliței, cheltuielile cu primele de asigurare plătite de angajator, în numele angajatului, care nu sunt incluse în veniturile salariale ale angajatului, nu sunt deductibile fiscal, iar despăgubirile, sumele asigurate și orice alte drepturi ce se acordă asiguraților, beneficiarilor sau oricăror persoane păgubite, din orice fel de asigurare, constituie venit neimpozabil.

- ✓ În vederea protejării asiguraților, beneficiarilor asigurării și terțelor persoane păgubite, în conformitate cu prevederile Legii nr. 213/2015 privind Fondul de garantare a asiguraților, prin contribuția asiguraților, se constituie **Fondul de garantare a asiguraților** destinat plăților de despăgubiri / indemnizații rezultate din contractele de asigurare, încheiate conform legii, în cazul insolvenței unui asigurator.
- ✓ Asiguratorul nu va acorda acoperire și nu va fi obligat la plata de despăgubiri sau la acordarea de beneficii în temeiul prezentei polițe, în măsura în care acordarea acoperirii, plata despăgubirilor sau acordarea beneficiilor ar expune Asiguratorul la orice tip de sancțiuni, interdicții sau restricții impuse de rezoluțiile Organizației Națiunilor Unite și/sau de sancțiunile comerciale sau economice, legile sau regulamentele Uniunii Europene, din România, din Marea Britanie și/sau din Statele Unite ale Americii, cu condiția ca nici o reglementare sau lege națională care se aplică asiguratorului să nu fie încălcată.

Informare cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal

Societatea **ASIGURAREA ROMÂNEASCĂ - ASIROM VIENNA INSURANCE GROUP S.A.**, cu sediul în București, Bdul Carol I nr. 31-33, sector 2, Cod 020912, având număr de ordine în Registrul Comerțului J1991000304405, Cod Unic de Înregistrare 336290, Identificatorul Unic la Nivel European (EUID): ROONRC.J1991000304405, înființată și funcționând ca societate pe acțiuni administrată în sistem dualist, autorizată să funcționeze de CSA (actual ASF) în baza deciziei nr. 16/07.11.2001 ca societate de asigurare-reasigurare, având număr de înregistrare în Registrul Asiguratorilor RA – 023/10.04.2003, Cod LEI 529900GDYJ3BVB71LV69 (ASIROM),

prelucrează date cu caracter personal în vederea furnizării serviciilor de asigurare și în conformitate cu prevederile legale ce reglementează activitatea de asigurare, precum și cele în materie de prelucrare a datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Ofițerul cu protecția datelor desemnat de către ASIROM poate fi contactat de către dvs. la adresa de e-mail dpo@asirom.ro. De asemenea, puteți accesa informații la zi privind politica de protecția a datelor, precum și detalii suplimentare referitoare la prelucrarea datelor cu caracter personal și drepturile dvs. în legătură cu aceste prelucrări, pe site-ul ASIROM (www.asirom.ro).

Categoriile de date personale ce pot fi prelucrate de către ASIROM în activitatea de furnizare a serviciilor de asigurare:

- ❖ **Date personale de identificare** (nume, prenume, adresa, vârsta, data nașterii, sex, telefon, e-mail, CNP, naționalitate, adresa de domiciliu, adresa de corespondență, semnătura olografă, semnătura biometrică). Datele sunt necesare pentru încheierea în mod valabil a majorității produselor de asigurare și derularea raportului contractual cu ASIROM.
- ❖ **Date cu caracter personal privind familia, stilul de viață și circumstanțele sociale** (starea civilă, detalii despre familie / soț / partener / persoane în întreținere, hobby-uri, sporturi practicate). Datele sunt colectate în cazul produselor de asigurare de sănătate, călătorii, în cazul produselor de asigurare a membrilor familiei sau a altor produse de asigurare care necesită prelucrarea acestui tip de date. Ele sunt necesare pentru: evaluarea riscului asigurat, calculul primelor de asigurare și soluționarea dosarelor de daună.
- ❖ **Date cu caracter personal privind educația și experiența profesională** (istoric educație și training, calificări, certificări). Datele sunt colectate în cazul asigurărilor de răspundere civilă profesională, însă pot fi necesare și în cazul altor produse de asigurare.
- ❖ **Date cu caracter personal privind activitățile de afaceri desfășurate de o persoană fizică** (ocupație, funcție, istoric profesional, bunuri sau servicii furnizate). Datele sunt colectate în cazul produselor de asigurare de răspundere civilă profesională, însă pot fi necesare și în cazul altor produse de asigurare.
- ❖ **Date cu caracter personal privind sănătatea** (date privind starea de sănătate fizică și psihică sau afecțiunile medicale declarate în chestionarele medicale și care rezultă din analizele medicale efectuate la încheierea unui contract de asigurare, datele medicale colectate de la furnizorii de servicii medicale pentru decontarea serviciilor accesate de către asigurat, datele medicale colectate în procesul de despăgubire în cazul unui eveniment asigurat). Datele sunt colectate în cazul produselor de asigurare de persoane (viață, sănătate, accidente, asistență medicală). Ele sunt necesare pentru: evaluarea riscului asigurat, calculul primelor de asigurare, determinarea cuantumului despăgubirii, accesarea serviciilor medicale asigurate și decontarea acestora.
- ❖ **Detalii personale financiare** (informații legate de contul bancar, venituri, facilități fiscale sau beneficii sociale, obligații fiscale, venituri din alte surse). Datele sunt necesare pentru analizarea nevoii de asigurare și pentru identificarea produsului de asigurare optim prin raportare la capacitățile financiare.
- ❖ **Date privind bunurile deținute** (date privind autovehiculul, imobilul sau bunul asigurat deținut de o persoană fizică care face obiectul asigurării). Datele sunt necesare în cazul produselor de asigurare RCA, CASCO, bunuri, însă pot fi necesare și în cazul altor produse de asigurare.
- ❖ **Informații cu privire la locația, imaginea și înregistrările audio-video ale persoanelor fizice** (înregistrările video captate de camerele de supraveghere instalate la sediile ASIROM, înregistrările audio ale convorbirilor telefonice din call-center, adresa IP captată la utilizarea website-urilor și aplicațiilor ASIROM). Datele sunt

necesare în vederea asigurării pazei și protecției în locațiile ASIROM, a îmbunătățirii serviciilor oferite, soluționării reclamațiilor și a oricăror solicitări venite din partea clienților, precum și în vederea asigurării funcționalităților tehnice ale platformelor online utilizate de ASIROM).

Scopul și temeiurile juridice în baza cărora ASIROM poate prelucra datele dumneavoastră cu caracter personal:

- ❖ încheierea și executarea contractului de asigurare / polița la care sunteți parte, precum și efectuarea, la cererea dumneavoastră, a demersurilor premergătoare încheierii contractului de asigurare, instrumentarea dosarului de dauna
- ❖ prestarea serviciilor de asigurare, coasigurare (ofertarea și emiterea polițelor de asigurare, gestionarea contractelor de asigurare / polițelor, inclusiv reînnoirea acestora, soluționarea daunelor, cedarea în reasigurare)
- ❖ efectuarea de profiluri și luarea deciziilor automate pentru evaluarea riscurilor asigurate și calculul primelor de asigurare; activitatea este necesară doar în cazul încheierii anumitor categorii de contracte de asigurare, prin raportare la suma asigurată
- ❖ marketing, pentru informarea și acordarea de beneficii de loialitate, și pentru îmbunătățirea permanentă a calității serviciilor și produselor oferite (transmiterea de știri, promoții, produse noi)
- ❖ raportări interne sau către alte entități ale grupului din care ASIROM face parte
- ❖ efectuarea de analize statistice / actuariale
- ❖ soluționarea reclamațiilor și a solicitărilor din partea clienților
- ❖ soluționarea potențialelor litigii, înaintate instanțelor (de drept comun sau arbitrale, din țară sau străinătate)
- ❖ identificarea clienților, efectuarea de verificări de integritate și detectarea și prevenirea potențialelor fraude (de exemplu prevenirea plăților nejustificate ale dosarelor de daună)
- ❖ comunicări sau raportări către autoritățile, instituțiile sau agențiile de stat sau guvernamentale abilitate
- ❖ asigurarea măsurilor de securitate necesare (supraveghere video în sediile prevazute cu astfel de sisteme)
- ❖ recuperarea creanțelor, acțiuni în regres

Colectarea și prelucrarea datelor dumneavoastră pentru scopurile menționate mai sus, au ca temei:

- ❖ încheierea și executarea contractului de asigurare / polița la care sunteți parte, precum și efectuarea, la cererea dumneavoastră, a demersurilor premergătoare încheierii contractului de asigurare
- ❖ îndeplinirea obligațiilor legale ale ASIROM
- ❖ interesul legitim al ASIROM pentru activități precum: efectuarea de analize statistice / actuariale și raportări interne sau către alte entități ale grupului din care ASIROM face parte, verificarea integrității și conformității persoanelor vizate, prevenirea fraudelor și a plăților nejustificate aferente dosarelor de daună, asigurarea măsurilor de securitate necesare etc.
- ❖ consimțământul dumneavoastră pentru prelucrarea datelor medicale și activități de marketing.

Categoriile de destinatari către care se pot transmite datele personale colectate:

- ❖ autoritățile statului (inclusiv autorități fiscale, autorități de protecție a consumatorilor, precum și cele din domeniul asigurărilor, organele statului competente în materie penală), ca urmare a unei obligații legale a ASIROM
- ❖ furnizorii implicați în mod direct / indirect în procesul de asigurare (ex. reasiguratori, dezvoltatori de servicii IT, prestatori de servicii de regularizare a daunelor, agenți constatați de daună, furnizori de call-center și asistență în domeniul asigurărilor, clinici medicale partenere și service-uri auto partenere etc)
- ❖ prestatori de servicii de marketing, cercetare de piață, studii de satisfacție clienți și alte servicii similare
- ❖ intermediarii implicați în administrarea contractelor dumneavoastră de asigurare (de ex. brokeri, agenți de asigurare – persoane fizice sau persoane juridice autorizate etc)
- ❖ alte companii din cadrul Grupului VIG (naționale și / sau internaționale)
- ❖ instanțe judecătorești sau arbitrale, notari publici, avocați, executori judecătorești, birouri de traduceri, alte servicii autorizate, experți evaluatori, după caz

Transferul datelor personale într-o țară din afara Spațiului Economic European

ASIROM ar putea să transfere datele personale către alte companii din afara sau din cadrul Grupului VIG, aflate în exteriorul Spațiului Economic European. Pentru astfel de transferuri, ASIROM a luat o serie de măsuri pentru a asigura un nivel adecvat de protecție a persoanelor fizice, similar cu cel oferit de legislația europeană. Printre aceste măsuri se regăsesc și încheierea de clauze contractuale standard aprobate la nivel european.

Stocarea datelor personale

Datele personale vor fi prelucrate cel puțin pe durata de valabilitate a contractului de asigurare, precum și ulterior, pe durata necesară executării obligațiilor contractuale de către oricare dintre părți.

Datele personale vor fi stocate atât timp cât este necesar pentru scopurile menționate mai sus sau pe perioada de timp prevăzută de dispozițiile legale generale, precum și cele aplicabile în materie de asigurări, în acord cu Nomenclatorul Arhivistic aplicabil la nivelul ASIROM.

Dacă sunteți de acord cu prelucrarea acestor date în scop de marketing, datele personale colectate vor fi păstrate până când ne veți anunța cu privire la retragerea consimțământului acordat în acest scop.

Drepturile pe care le aveți în ceea ce privește datele dumneavoastră personale

În legătură cu prelucrarea datelor cu caracter personal în baza condițiilor specificate în Regulamentul privind protecția datelor la nivel european 679/2016 vă puteți exercita oricare dintre următoarele drepturi:

❖ **Dreptul de informare și acces la datele cu caracter personal**

Vă permite să obțineți din partea noastră o confirmare a faptului că ASIROM prelucrează sau nu date personale care vă privesc și ce astfel de date sunt prelucrate. În cazul în care datele cu caracter personal care vă privesc nu sunt colectate de la dumneavoastră, vă putem furniza orice informații disponibile privind sursa acestora în cazurile în care nu avem o interdicție legală privind divulgarea sursei.

❖ **Dreptul la rectificare**

Presupune dreptul de a solicita rectificarea sau actualizarea datelor cu caracter personal inexacte sau incomplete care vă privesc sau completarea acestora, atunci când acestea sunt incomplete.

❖ **Dreptul la ștergerea datelor sau „dreptul de a fi uitat”**

Presupune dreptul de a solicita ștergerea datelor cu caracter personal care vă privesc, în anumite circumstanțe, precum: (i) datele personale nu mai sunt necesare pentru îndeplinirea scopurilor pentru care au fost colectate sau prelucrate, (ii) datele dumneavoastră au fost prelucrate ilegal, (iii) prelucrarea datelor a avut loc pe baza consimțământului dumneavoastră, iar acesta a fost retras.

❖ **Dreptul de a vă retrage consimțământul**

Consimțământul poate fi retras în orice moment, atunci când prelucrarea datelor cu caracter personal care vă privesc a fost efectuată pe baza consimțământului dumneavoastră. În cazul în care vă veți retrage consimțământul privind prelucrarea datelor de sănătate, contractul de asigurare care necesită prelucrarea unor astfel de date va fi lipsit de orice efect.

❖ **Dreptul la restricționarea prelucrării**

Presupune dreptul de a solicita și de a obține restricționarea prelucrării datelor cu caracter personal care vă privesc, în anumite circumstanțe, precum: (i) dumneavoastră contestați exactitatea datelor, pe perioada ce ne-ar permite verificarea exactității acelor date, (ii) datele dumneavoastră au fost prelucrate ilegal, iar dumneavoastră vă opuneți ștergerii acestora, solicitând restricționarea utilizării lor.

❖ **Dreptul la portabilitatea datelor**

Presupune dreptul de a primi datele cu caracter personal care vă privesc și pe care ni le-ați furnizat, cu dreptul de a le transmite unui alt Operator, în cazul în care prelucrarea datelor s-a efectuat fie în baza consimțământului dumneavoastră sau a contractului încheiat cu noi, iar prelucrarea datelor cu caracter personal s-a efectuat prin

mijloace automate. Acest drept poate fi exercitat numai în măsura în care prelucrarea datelor furnizate a fost efectuată exclusiv prin mijloace automate și doar acolo unde extragerea acestor date este fezabilă din punct de vedere al capacităților tehnice folosite de ASIROM.

❖ **Dreptul la opoziție**

Presupune că, în orice moment, aveți dreptul de a vă opune, din motive legate de situația particulară în care vă aflați, prelucrării datelor cu caracter personal în anumite circumstanțe, precum: (i) prelucrarea a fost efectuată în interesul nostru legitim sau (ii) prelucrarea are drept scop marketingul direct, inclusiv crearea de profiluri pe baza respectivelor dispoziții.

❖ **Dreptul de nu face obiectul unei decizii bazate exclusiv pe prelucrarea automată a datelor dumneavoastră, inclusiv crearea de profiluri care produc efecte juridice sau care vă afectează semnificativ**

Presupune că aveți dreptul de a solicita intervenție umană din partea ASIROM, de a vă exprima punctul de vedere și de a contesta decizia.

❖ **Dreptul de a depune o plângere la ASIROM și / sau la autoritatea competentă privind protecția datelor**

❖ **Dreptul de a vă adresa justiției**

❖ **Dreptul de a fi notificat de către ASIROM privind breșe de securitate care au/ar putea avea impact asupra datelor dumneavoastră personale**

Pentru exercitarea drepturilor dumneavoastră sau pentru a obține informații suplimentare asupra prelucrării datelor cu caracter personal, vă puteți adresa Responsabilului cu Protecția Datelor Personale din cadrul ASIROM prin:

- ^ e-mail la adresa dpo@asirom.ro
- ^ prin poștă la adresa: ASIROM, B-dul Carol I nr. 31-33, sector 2, București
- ^ depunând personal o notificare semnată olograf la oricare din sediile ASIROM, din București sau din țară

Pentru a depune o sesizare / reclamație la Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal, datele de contact sunt:

- ^ Website: <http://www.dataprotection.ro/>
- ^ E-mail: anspdcp@dataprotection.ro
- ^ Adresa: B-dul G-ral. Gheorghe Magheru 28-30, Sector 1, cod poștal 010336, București, România
- ^ Telefon fix: +40.318.059.211, +40.318.059.212

Prezentul Contract de Asigurare este încheiat între Asigurătorul „Societatea Asigurarea Românească – Asirom Vienna Insurance Group S.A., pentru asigurarea persoanelor și titularul Poliței, PPC Advanced Energy Services Romania S.R.L. și PPC Energie S.A..

Asigurarea privind protecția plăților este oferită de către PPC Advanced Energy Services Romania S.R.L./ppc Energie și prestată persoanelor asigurate de către Asigurătorul, Asirom Vienna Insurance Group S.A..

Prezentul Contract de Asigurare este încheiat în beneficiul persoanelor asigurate (în interesul persoanelor îndreptățite) în conformitate cu art. 2227 din Codului Civil Român.

Prezenta Poliță este oferită în baza acordului dumneavoastră și a oricărei persoane asigurate prin prezenta Poliță de a respecta toți termenii și toate condițiile stabilite de prezenta Poliță. În caz contrar, avem dreptul fie de a reduce, fie de a declina pretențiile dumneavoastră, fie de a anula prezenta Poliță, în conformitate cu legea privind asigurările din România.

REZUMAT ACOPERIRI – CE ACOPERĂ ASIGURAREA

Acoperire	Sumă asigurată / an de asigurare	Limită lunară	Prag de eligibilitate	Perioadă de așteptare	Perioadă de recalificare
Deces din orice cauză	500 lei (plată unică)	—	—	—	—
Deces din accident (suplimentar)	2.700 lei (plată unică)	—	—	—	—
Invaliditate totală permanentă din accident	2.700 lei (plată unică)	—	—	—	—
Spitalizare (din orice cauză)	Valoarea facturii eligibile	225 lei/lună; max. 12 luni/an	7 nopți consecutive	1 lună (doar boală)	30 zile
Incapacitate temporară de muncă (din orice cauză)	Valoarea facturii eligibile	225 lei/lună; max. 12 luni/an	30 zile consecutive	1 lună (doar boală)	30 zile
Șomaj / pierderea involuntară a locului de muncă	Valoarea facturii eligibile	225 lei/lună; max. 12 luni/an	30 zile	1 lună calendaristică	6 luni de activitate continuă, conform legislației în vigoare

NOTĂ: Acoperirile de tip „Bill Protection” (Spitalizare, ITM, Șomaj) nu se cumulează. Pentru aceeași lună calendaristică se plătește cel mult o indemnizație, corespunzătoare unui singur eveniment. Deces din orice cauză și Deces din accident se plătesc ambele dacă decesul este cauzat de un accident.

A. CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE (Asigurarea de bază)

Definiții

Termenii de mai jos au următoarele înțelesuri în cuprinsul prezentului contract:

Asigurător:

Societatea Asigurarea Românească – Asirom Vienna Insurance Group S.A., denumită în continuare ASIROM Asirom.

Societatea Asigurarea Românească
ASIROM VIENNA INSURANCE GROUP S.A
Bulevardul Carol I nr. 31-33, Sector 2, Cod 020912, București, România.
Nr. de înregistrare în Registrul Comerțului: J1991000304405, CUI: 336290.
Identificator Unic la Nivel European (EUID): ROONRC.J1991000304405.

Societate condusă printr-un sistem dualist;
Capital social subscris și vărsat: 292.484.901,30 lei.
Societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară,
Nr. Înmatriculare în Registrul Asigurătorilor: RA-023/2003,
Cod LEI: 529900GDYJ3BV71LV69.

Contractant (PPC AES):

PPC ADVANCED ENERGY SERVICES ROMANIA S.R.L., persoană juridică cu sediul în România, care încheie Contractul de asigurare cu Asirom și care plătește prima de asigurare.

PPC Energie SA, persoana juridică cu sediul în România, care încheie Contractul de asigurare cu Asirom și care plătește prima de asigurare.

Grup:

Persoanele fizice care au o relație contractuală de furnizare energie electrică și/sau gaze naturale cu PPC Energie S.A. (PPCE) și care achiziționează/activează unul dintre următoarele pachete de servicii: Protect 360 Light, Protect 360 Plus, Protect 360 Light Retenție, Protect 360 Gas (denumite în continuare "Pachete de servicii") conform condițiilor comerciale PPC E/PPC AES.

Asigurat:

Membrul Grupului cu cetățenie română sau cu rezidență în România, desemnat de Contractant/identificat în evidențele PPC E/PPC AES a cărui viață constituie obiectul asigurării, cu vârsta între 18 și 65 ani împliniți la data includerii în asigurare pentru acoperirile de: Deces din orice cauză, Invaliditate totală permanentă din accident, Incapacitate temporară de muncă din orice cauză, Pierderea Involuntară a Locului de Muncă (Șomaj) și persoane cu vârsta între 18 și 80 ani, împliniți la data includerii în asigurare pentru acoperirile de Deces din accident și Spitalizare din orice cauză.

Pachete de servicii:

Pachetele de servicii comercializate de PPC E/PPC AES, a căror activare conferă calitatea de Asigurat în cadrul prezentului contract, pe durata cât unul dintre pachete este activ și prima de asigurare aferentă acestuia este achitată. Acoperirea individuală este valabilă exclusiv pe perioada deținerii unui pachet de servicii activ și coincide cu durata contractului de servicii pentru fiecare persoană, fără a depăși durata Poliței de asigurare de grup.

Factură eligibilă:

Factura emisă de PPC E pentru serviciile de furnizare energie electrică și/sau gaze naturale (conform pachetului de servicii), care îndeplinește cumulativ toate condițiile de mai jos:

- nu include penalități/majorări de întârziere, dobânzi, taxe de reconectare sau alte costuri accesorii cu caracter de întârziere (acestea nu sunt acoperite);
- nu are termenul de plată depășit la data producerii evenimentului asigurat;
- este aferentă unei perioade de consum/prestare care se încadrează în perioada în care Asiguratul deține unul dintre pachetele de servicii active;
- nu a mai fost despăgubită anterior în cadrul acestei asigurări.

În cadrul acoperirilor de tip Bill Protection se plătește maximum o Factură eligibilă pentru fiecare lună calendaristică, în limita valorii efective eligibile a Facturii și a plafonului de 225 lei. Indemnizația se acordă o singură dată pentru aceeași factură eligibilă, maximum 1 factură pe tip de serviciu furnizat (energie electrică și gaze naturale) în funcție de frecvența de facturare. Dacă factura a fost achitată integral înainte de soluționarea dosarului, indemnizația se plătește în contul (IBAN) indicat de dumneavoastră, în limita plafonului. Dacă factura este achitată parțial, diferența se plătește în contul (IBAN) indicat de dumneavoastră, în limita plafonului. Facturile emise exclusiv cu titlu de regularizare/corecție, fără o componentă aferentă perioadei curente de consum/prestare, nu sunt eligibile. Dacă o factură lunară include o componentă de regularizare, se ia în calcul doar componenta eligibilă aferentă perioadei curente, în limita plafonului de 225 lei.

Lună calendaristică:

Intervalul cuprins între prima și ultima zi a unei luni calendaristice. Pentru acoperirile de tip Bill Protection, referința constă în maxim 1 factură pe tip de serviciu furnizat (energie electrică și gaze naturale) în funcție de frecvența de facturare. Factura/lună se raportează la luna calendaristică, sau în funcție de frecvența de facturare, pe care o utilizează PPC E.

An de asigurare:

Perioada de 12 luni aferentă Poliței de asigurare de grup (de la data de început până la data aniversară a Poliței), utilizată inclusiv pentru aplicarea limitelor de plată (maximum 12 facturi eligibile plătite într-un an de asigurare pentru acoperirile de tip Bill Protection, cumulat pentru acoperirile din secțiunile III-V).

Bill Protection:

Acoperirile de tip protecția plății facturilor (Spitalizare, Șomaj, Incapacitate temporară de muncă), prin care Asirom plătește Asiguratului o indemnizație în limita valorii Facturii eligibile, conform limitelor și condițiilor din secțiunile III-V.

Accident:

Eveniment imprevizibil, neintenționat din partea Asiguratului, care a survenit brusc și neașteptat în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, datorat forțelor externe, violente și necontrolabile. Evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate unor îmbolnăviri, nu sunt acoperite ca urmări ale unui Accident (de exemplu: accidentul vascular cerebral, atacul ischemic tranzitoriu, ruptura vasculară – enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă).

Îmbolnăvire (boală):

Modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate, care se manifestă pentru prima dată în perioada de valabilitate a asigurării și care a fost diagnosticată de un medic după data de început a contractului de asigurare.

Afecțiune preexistentă:

Orice boală, vătămare din accident sau altă condiție medicală a Asiguratului, care a fost diagnosticată de către un medic ori care s-a manifestat înainte de data de includere în asigurare, cu excepția bolilor vindecate în totalitate înainte de acea dată.

Spitalizare:

Forma de internare pentru tratarea urmărilor unui Accident sau unei Îmbolnăviri, care are loc într-o instituție de tratament acreditată (spital), ce include cel puțin o noapte de ședere și se desfășoară prin întocmirea Foii de Observație Clinică Generală (FOCG). Spitalizarea continuă se face la recomandarea unui medic de specialitate, acreditat în condițiile legii, sau în cazul urgențelor medico-chirurgicale. Nu este acoperită spitalizarea efectuată la cererea Asiguratului și nici internarea în: unitățile destinate îngrijirii persoanelor dependente de alcool sau de substanțe psihoactive; unitățile destinate îngrijirii bătrânilor și azilele de bătrâni; unitățile medico-sociale sau spitalele ori secțiile destinate cazurilor sociale/bolilor psihice; structurile denumite spitalizare de zi; instituțiile de îngrijiri medicale la domiciliu; sanatoriile balneare și secțiile de balneofizioterapie; clinicile de chirurgie estetică și înfrumusețare, cu excepția tratării urmărilor unui accident; sanatoriile și preventoriile TBC, precum și unitățile sau secțiile de pneumoftiziologie sau ftiziologie, cu excepția situațiilor în care din documentele medicale reiese cu exactitate că pacientul a fost tratat în astfel de instituții pentru alte afecțiuni decât tuberculoza sau complicațiile acesteia; unitățile sau secțiile care furnizează servicii medicale de recuperare-reabilitare medicală.

Incapacitate temporară de muncă (ITM):

Starea de imposibilitate temporară a Asiguratului de a desfășura activitatea salariată sau activitatea generatoare de venit, dovedită prin certificat de concediu medical emis de un medic abilitat, conform legislației aplicabile.

Șomaj (pierderea involuntară a locului de muncă):

Încetarea contractului individual de muncă al Asiguratului din motive obiective justificate, neimputabile acestuia, care conduce la pierderea involuntară a venitului salarial și la îndeplinirea criteriilor de eligibilitate prevăzute la Secțiunea IV.

Perioadă de așteptare:

Perioada de timp de la data includerii în asigurare în care, pentru anumite acoperiri, evenimentele produse din îmbolnăvire nu sunt acoperite, conform prevederilor prezentei polițe.

Perioadă de recalificare:

Perioada minimă necesară între două evenimente asigurate succesive pentru aceeași acoperire, pentru ca un eveniment ulterior să fie considerat un eveniment nou, conform prevederilor prezentei polițe.

Sport extrem:

Societatea Asigurarea Românească
ASIROM VIENNA INSURANCE GROUP S.A
Bulevardul Carol I nr. 31-33, Sector 2, Cod 020912, București, România.
Nr. de înregistrare în Registrul Comertului: J1991000304405, CUI: 336290.
Identificator Unic la Nivel European (EUID): ROONRC.J1991000304405.

Societate condusă printr-un sistem dualist;
Capital social subscris și vărsat: 292.484.901,30 lei.
Societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară,
Nr. Înmatriculare în Registrul Asiguratorilor: RA-023/2003,
Cod LEI: 529900GDYJ3BVB71LV69.

Activitate sportivă cu un grad ridicat de pericol inerent, ce implică de cele mai multe ori viteză, înălțime, un nivel ridicat de efort fizic sau echipamente specializate (de exemplu: utilizarea de parapante, parașutismul, deltaplanorismul, sărituri cu coarda elastică, rafting, scufundări autonome care implică utilizarea unor sisteme de respirație sub apă, alpinism, mountain bike – enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă).

Sumă asigurată / Limită de indemnizare:

Sumele/limitele prevăzute în Polița de asigurare și în prezentele condiții. Pentru oricare dintre Pachetele de servicii, limitele sunt: 500 lei (Deces din orice cauză), 2.700 lei (Deces din accident – suplimentar față de decesul din orice cauză), 2.700 lei (Invaliditate totală permanentă din accident) și 225 lei/lună (Bill Protection), cu maximum 12 facturi eligibile plătite într-un an de asigurare pentru acoperirile de tip Bill Protection, cumulată pentru acoperirile din secțiunile III–V.

Beneficiar:

Moștenitorii legali ai Asiguratului ori o altă persoană desemnată în scris de acesta, pentru acoperirea de deces. Pentru celelalte acoperiri, beneficiarul drepturilor care decurg din asigurare este Asiguratul.

Art. 1. Acoperirea, Durata și Obiectul Asigurării

1.1. Asigurarea de bază acoperă decesul Asiguratului din orice cauză (Accident sau Îmbolnăvire), survenit în perioada de valabilitate a Contractului, caz în care Asirom va plăti indemnizația de asigurare în limita sumei asigurate de 500 lei. În cazul decesului din accident, pe lângă valoarea indemnizației de deces din orice cauză, în plus, se acordă și indemnizația aferentă Asigurării suplimentare pentru Deces din accident (2.700 lei), astfel încât în caz de deces din accident se plătesc ambele beneficii (total 3.200 lei).

1.2. Asigurarea de grup se încheie pe o durată de un an, cu posibilitatea reînnoirii anuale. La cerere, Contractul de asigurare se poate încheia și pe alte durate. Durata contractului este înscrisă în Polița de asigurare.

1.3. Sunteți inclus(ă) în asigurare cu respectarea cumulativă a următoarelor condiții:

- aveți unul dintre Pachetele de servicii activ în evidențele PPC E/PPC AES la data includerii în asigurare;
- îndepliniți condițiile de eligibilitate: vârsta în ani împliniți la data includerii, cetățenie română sau rezidență în România;
- includerea în asigurare are loc automat, la data activării unuia dintre Pachetele de servicii (sau la data indicată în Poliță/Confirmarea de includere), pe baza evidențelor PPC E/PPC AES transmise către Asirom.

1.4. Evenimentele aflate în derulare la data includerii în asigurare (de exemplu: spitalizare în curs, incapacitate temporară de muncă în curs, șomaj în curs) nu sunt acoperite; acoperirea se acordă doar pentru evenimente produse după data includerii în asigurare și în condițiile perioadelor de așteptare aplicabile.

1.5. PPC E/PPC AES are obligația de a vă informa cu privire la acoperiri și la prevederile contractului de asigurare. La activarea unuia dintre Pachetele de servicii, PPC E/PPC AES vă va informa/pune la dispoziție informațiile legate de includerea în asigurare, însoțită de prezentele Condiții de asigurare și de datele de contact ale Asirom pentru avizarea daunelor (online: Call center 021 9146 site www.asirom.ro - secțiunea: <https://asirom.ro/daune-viata>, e-mail: daune_asigurari_viata@asirom.ro sau prin Brokerul Aon Romania Broker de Asigurare si Reasigurare email claims.ppc@aon.ro).

1.6. Asigurarea este valabilă doar pe perioada deținerii Pachetului de servicii, fără a depăși durata Poliței de asigurare de grup. Subscrierea riscului este realizată automat, pe baza criteriilor de eligibilitate; Asirom își rezervă dreptul de a solicita clarificări/documente suplimentare în situații de fraudă sau suspiciune rezonabilă.

Art. 2. Încheierea și valabilitatea contractului

2.1 Contractul este încheiat în favoarea dumneavoastră (art. 2227 din Codul civil).

Asigurarea descrisă în prezentul document face parte dintr-o asigurare de viață de grup încheiată între Asirom și PPC E/PPC AES, în favoarea dumneavoastră, în calitate de persoană asigurată (contract în favoarea unui terț, în sensul art. 2227 din Codul civil). Deși PPC E/PPC AES are calitatea de contractant și

achită prima către Asirom, dumneavoastră aveți dreptul direct de a solicita și de a primi indemnizațiile prevăzute în prezentul document, dacă sunt îndeplinite condițiile de eligibilitate și dacă dosarul de daună este complet.

2.2. PPC E/PPC AES transmite către Asirom, pe canalele agreate, documentele și informațiile necesare emiterii Poliței de asigurare (inclusiv parametrii acoperirilor și fluxul de includere/ieșire din asigurare), precum și dovada achitării primei de asigurare, conform frecvenței stabilite.

2.3. În asigurare pot fi cuprinși membrii Grupului, definiți la secțiunea „Definiții”. Includerea poate fi realizată automat, pe baza evidențelor PPC E/PPC AES (activări/dezactivări), fără listare nominală, în condițiile fluxului operațional agreat între Contractant și Asirom.

2.4. În cazul în care un Asigurat iese din Grup (de exemplu: unul dintre Pachetele de servicii este dezactivat/încetează), PPC E/PPC AES are obligația de a informa Asirom conform fluxului operațional agreat, iar acoperirea prin asigurare încetează pentru acel Asigurat. Acoperirea individuală este valabilă exclusiv pe perioada deținerii pachetului de servicii și nu poate depăși durata Poliței de asigurare de grup.

2.5. Includerea unui Asigurat nou devine efectivă la data indicată în Poliță/Confirmarea de includere, cu condiția achitării primei aferente de către Contractant.

2.6. Acoperirile sunt valabile începând cu ora 00:00 a datei de început înscrisă în Polița de asigurare/actele adiționale și doar pentru riscurile menționate explicit în acestea.

2.6. La încheierea sau reînnoirea anuală a Poliței de asigurare de grup, dacă structura persoanelor asigurate diferă semnificativ de cea avută în vedere la ofertare, Asirom și PPC E/PPC AES pot ajusta prima de asigurare și/sau condițiile Poliței. PPC E/ PPC AES vă va informa cu privire la eventualele modificări care văvizează, înainte de intrarea lor în vigoare.

2.7. Asirom poate emite, după caz, confirmări/certificate de asigurare (inclusiv în format electronic) care atestă calitatea de Asigurat. Pentru Pachetele de servicii – Bill Protection, dovada includerii în asigurare este reprezentată de contractul semnat și trimis de PPC E /PPC AES împreună cu prezentele condiții.

2.8. Contractul de asigurare se consideră încheiat când sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții: (a) PPC E/PPC AES a efectuat plata anticipată a primei de asigurare, conform frecvenței alese; (b) documentele necesare emiterii, semnate de Contractant, au ajuns în posesia Asirom; (c) Asirom a emis Polița de asigurare/Certificatele de asigurare care vizează membrii grupului.

2.9. Sumele asigurate și limitele de plată sunt cele prevăzute în prezentele condiții și în Polița de asigurare de grup. Nu puteți solicita individual majorarea sumelor asigurate în afara condițiilor agreate între Asirom și PPC E/PPC AES.

2.10. Dacă apar schimbări care pot influența eligibilitatea pentru acoperirile de tip Bill Protection (de exemplu, schimbarea statutului profesional relevant pentru acoperirea de Șomaj sau încetarea activității), se aplică regulile și condițiile de eligibilitate prevăzute în secțiunile IV și V.

2.11. În cazul reînnoirii Poliței de asigurare de grup în continuarea celei expirate (fără întreruperi), continuitatea acoperirii se menține, cu condiția să dețineți în continuare unul dintre Pachetele de servicii active. Dacă există perioade de întrerupere între polița veche și cea nouă, polița nouă nu se consideră a fi o reînnoire a celei vechi, iar perioadele de așteptare/condițiile temporale se aplică din nou, conform prevederilor prezentelor condiții.

2.12. La reînnoirea Poliței de asigurare de grup fără întrerupere, acoperirea individuală a Asiguraților care mențin unul dintre Pachetele de servicii active continuă fără re-aplicarea perioadelor de așteptare, cu condiția achitării integrale a primelor aferente perioadei anterioare. Limitele anuale de plată (maximum 12 facturi eligibile) se resetează la fiecare an de asigurare.

Art. 3. Prima de asigurare / Regularizarea primei de asigurare

3.1. Prima de asigurare aferentă Poliței de asigurare de grup este achitată de PPC E/PPC AES către Asirom, conform Poliței și fluxului de decontare agreat între părți. Dumneavoastră nu achitați direct prima de asigurare către Asirom.

3.2. Prima de asigurare se plătește anticipat, pentru fiecare Asigurat care detine unul dintre Pachetele de servicii active. Acoperirea este valabilă numai pentru perioadele pentru care prima de asigurare aferentă

a fost achitată. În cazul în care prima de asigurare este achitată parțial pentru o lună, acoperirea se consideră nevalabilă(nulă) pentru acea lună, dacă părțile nu au acordat altfel în Polița.

3.3. Regularizarea primei de asigurare (dacă este aplicabilă) se realizează pe baza raportărilor de activări/dezactivări ale Pachetelor de servicii transmise de Contractant către Asirom, conform fluxului operațional acordat. Orice diferențe rezultate din regularizare se vor deconta între părți conform prevederilor Poliței.

Art. 4. Neplata primei de asigurare

4.1. În cazul în care PPC AES nu achită ratele de primă la scadență, Asirom acordă o perioadă de păsuire de 60 de zile pentru plata ratelor de primă, începând cu data de scadență a celei dintâi rate neachitate, situația Poliței de asigurare de grup rămânând neschimbată în această perioadă.

4.2. După trecerea celor 60 de zile, în cazul în care ratele de primă nu sunt plătite, acoperirea prin asigurare încetează fără ca o notificare sau altă formalitate prealabilă să mai fie necesară și fără restituirea primelor plătite anterior. Dacă Polița de grup este repusă în valabilitate ulterior, acoperirea se reia numai pentru evenimente viitoare și numai cu acordul prealabil, în scris al Asirom.

4.3. Repunerea în valabilitate are loc la ora 00:00 a zilei imediat următoare zilei în care s-au plătit integral ratele de primă de asigurare restante și penalitățile de întârziere, însă numai pentru evenimente viitoare și numai cu acordul scris al Asirom. În cazul repunerii în valabilitate după o întrerupere a acoperirii, perioadele de așteptare și celelalte condiții temporale prevăzute în prezentele condiții se aplică din nou de la data repunerii în valabilitate, dacă Polița de grup nu prevede altfel.

Art. 5. Drepturile și obligațiile părților și avizarea daunelor

5.1. Asirom se obligă să plătească indemnizații de asigurare, în conformitate cu prevederile prezentelor Condiții generale și suplimentare, pentru riscurile care se produc în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.

5.2. Pentru acordarea indemnizației de asigurare, se vor depune la Asirom, în principal, documentele necesare care atestă dovada producerii riscului asigurat și a cuantumului drepturilor care decurg din acest risc. Lista de mai jos este orientativă și poate fi completată de Asirom în funcție de particularitățile fiecărui caz:

- cererea de plată a drepturilor din asigurare (formular Asirom);
- dovada producerii riscului asigurat, în funcție de acoperire: certificat de deces/certificat medical constatator; documente medicale (bilet de externare, foi de observație, recomandări); certificat de concediu medical (ITM); documente privind încetarea contractului de muncă și înregistrarea ca șomer (Secțiunea IV); alte documente specifice;
- documente de identificare ale Beneficiarului și ale dumneavoastră (copie C.I.) și, după caz, documente care atestă calitatea de beneficiar (certificat de moștenitor/împuternicire);
- dacă solicitarea de despăgubire se datorează unei îmbolnăviri: un raport cu istoric medical relevant, inclusiv data apariției primelor simptome și data diagnosticului;
- dacă solicitarea de despăgubire se datorează unui accident: documente care atestă circumstanțele producerii accidentului (de exemplu: documente oficiale, după caz), precum și documente medicale aferente;
- pentru acoperirile de tip Bill Protection: confirmarea din partea PPC E/PPC AES privind calitatea de Asigurat (Pachete de servicii active în perioada relevantă) și factura eligibilă (fără penalități), inclusiv valoarea acesteia;
- alte documente solicitate de Asirom, în funcție de specificul acoperirilor.

5.3. În cazul decesului, Beneficiarul/moștenitorul are obligația de a comunica despre producerea acestuia și de a depune cererea de plată, împreună cu documentele necesare, în termen de 30 de zile calendaristice de la data decesului.

5.3.1. Pentru acoperirile suplimentare incluse în Pachetele de servicii – Bill Protection (Deces din accident, Invaliditate totală permanentă din accident, Spitalizare, Șomaj, Incapacitate temporară de muncă), dumneavoastră/Beneficiarul are obligația de a aviza evenimentul asigurat și de a depune cererea de plată,

împreună cu documentele necesare, în termen de 60 de zile calendaristice de la data relevantă (data accidentului, data externării, data încetării ITM, data încetării contractului de muncă), dacă în condițiile de asigurare suplimentare nu se menționează altfel.

5.3.2. Pentru acoperirile de tip Bill Protection (secțiunile III–V), dosarul de daună va include, pe lângă documentele generale prevăzute la art. 5.2, următoarele documente (după caz):

A) Documente comune (pentru orice Bill Protection):

- 1) Factura eligibilă aferentă lunii/ciclului pentru care solicitați protecția (fără penalități) și, dacă este disponibil, un document PPC/cont client care arată valoarea și scadența;
- 2) Confirmarea din partea PPC E/PPCAES privind calitatea de Asigurat (Pachet servicii activ la data evenimentului) – se poate face și prin verificare operațională între PPC E/PPC AES și Asirom;
- 3) Date de identificare (copie CI) și cont bancar (IBAN) pentru plata indemnizației;
- 4) Orice alte documente necesare pentru stabilirea eligibilității facturii (de exemplu, dovada că factura nu era restantă la data producerii evenimentului), dacă există neclarități.

B) Pentru acoperirea de Spitalizare:

- 1) Bilet de externare și/sau FOCG/rezumat de spitalizare (sau document echivalent), cu diagnostic, perioada internării și numărul de nopți;
- 2) Scrisoare medicală/recomandări și, dacă este cazul, documente medicale relevante care susțin diagnosticul și necesitatea internării.

C) Pentru acoperirea de Incapacitate temporară de muncă (ITM):

- 1) Certificate de concediu medical/ITM emise conform legii (sau document medical echivalent), cu perioada exactă și diagnosticul;
- 2) Recomandări/scrisoare medicală și, dacă este cazul, investigații care susțin diagnosticul (pentru dureri de spate/coloană: documente clinice și/sau radiologice relevante, dacă sunt solicitate).

D) Pentru acoperirea de Șomaj (pierderea involuntară a locului de muncă):

- 1) Decizie/act de încetare a contractului individual de muncă, cu motivul încetării;
- 2) Dovada înregistrării ca șomer la ANOFM (sau instituția competentă) și, după caz, dovada indemnizației/statutului de șomer;
- 3) Declarație/confirmare că, pe perioada pentru care solicitați protecția, nu desfășurați activitate generatoare de venit salarial (în măsura în care este necesar pentru verificarea condițiilor de eligibilitate).

E) Pentru acoperirea de Accident (dacă evenimentul este invocat ca accident sau dacă există circumstanțe speciale):

Documente care atestă circumstanțele producerii accidentului (de exemplu: proces-verbal/constatare, documente IML, documente medicale de urgență, după caz).

Asirom poate solicita documente suplimentare, în funcție de situația concretă, dacă acestea sunt necesare pentru stabilirea dreptului la indemnizație.

5.3.3. Clauză liberatorie – acces la informații medicale

Prin depunerea cererii de despăgubire și a documentelor aferente, vă exprimați acordul prealabil ca medicii, spitalele, unitățile sanitare, laboratoarele, serviciile de ambulanță, autoritățile publice competente și orice alt furnizor de servicii medicale care dețin date relevante să furnizeze către Asirom, la solicitarea acestuia, informații și documente medicale strict necesare pentru instrumentarea dosarului de daună (inclusiv istoricul medical relevant pentru stabilirea caracterului preexistent sau a cauzei evenimentului). În acest scop, îi exonerați pe cei menționați mai sus de obligația de confidențialitate profesională, în măsura permisă de lege, exclusiv pentru informațiile necesare soluționării cererii dumneavoastră. Dacă refuzați furnizarea consimțământului sau nu permiteți obținerea informațiilor necesare, iar din acest motiv Asirom nu poate stabili dreptul la indemnizație, cererea privind soluționarea daunelor poate fi respinsă.

5.3.4. În cadrul acoperirilor de tip Bill Protection, indemnizația se acordă numai pentru Factura eligibilă (fără penalități) și se plătește o singură dată pentru aceeași factură/lună calendaristică. Indemnizația se plătește exclusiv în contul bancar (IBAN) indicat de dumneavoastră în cererea de despăgubire.

5.4. Refuzul de a pune la dispoziția Asirom documentele solicitate îi dă acestuia dreptul de a refuza plata indemnizației de asigurare, dacă din acest motiv nu pot fi stabilite cauza, modul de producere și urmările riscurilor asigurate.

5.5. Orice document medical solicitat de Asirom va fi depus pe cheltuiala dumneavoastră.

5.6. Asirom nu plătește indemnizațiile de asigurare dacă cei în drept să le primească nu și-au îndeplinit obligațiile prevăzute în condițiile de asigurare privind plata drepturilor care decurg din contract sau dacă au trecut mai mult de 2 ani de la termenul pentru plata acestora.

5.7. Asirom își rezervă dreptul de a reduce sau de a nu plăti indemnizația de asigurare în cazul în care se constată tentative de fraudă din partea dumneavoastră/Contractantului. În eventualitatea în care se constată efectuarea unor plăți necuvenite, Asirom are dreptul de a se întoarce împotriva dumneavoastră/moștenitorilor pentru recuperarea sumelor necuvenite.

5.8. Suma cuvenită în baza contractului de asigurare se plătește în termen de cel mult 10 zile lucrătoare din ziua primirii de către Asirom a ultimului document necesar din cele prevăzute de prezentele condiții.

5.9. Indemnizația de asigurare se plătește numai în România și numai în moneda în care a fost încheiat contractul.

5.10. În cazul decesului dumneavoastră, dacă nu s-a desemnat un beneficiar, drepturile din asigurare intră în masa succesorală și se plătesc moștenitorilor.

5.11. Dacă nu s-a dispus altfel, atunci când sunt mai mulți beneficiari desemnați, drepturile care decurg din asigurare se împart în mod egal între aceștia.

5.12. Dacă persoana desemnată drept beneficiar al asigurării decedează înainte de încasarea sumei asigurate, drepturile care decurg din asigurare intră în masa succesorală și se plătesc moștenitorilor dumneavoastră.

5.13. Drepturile care decurg din asigurare se plătesc independent de sumele cuvenite din asigurările sociale, de repararea prejudiciului de cei răspunzători de producerea sa, precum și de sumele primite de la alți asigurători în temeiul altor contracte de asigurare, cu excepția sumelor destinate acoperirii cheltuielilor medicale suportate de Asigurat.

5.14. Creditorii dumneavoastră nu au dreptul să urmărească suma/indemnizația asigurată cuvenită beneficiarilor asigurării sau moștenitorilor dumneavoastră.

Art. 6. Declarații false

6.1. Contractul de asigurare este nul în caz de declarație inexactă sau de reticență făcută cu rea-credință de către Contractant/Asigurat, cu privire la împrejurări care, dacă ar fi fost cunoscute de către Asirom, l-ar fi determinat pe acesta să nu își dea consimțământul ori să nu îl dea în aceleași condiții. În acest caz, primele plătite rămân dobândite de Asirom, care poate cere și plata primelor cuvenite până la momentul la care a luat cunoștință de cauza de nulitate.

6.2. Declarația inexactă sau reticența a căror rea-credință nu a putut fi stabilită nu atrage nulitatea contractului. În această situație, Asirom are dreptul:

(a) dacă constatarea s-a făcut anterior producerii riscului asigurat – fie să mențină Contractul solicitând majorarea primei, fie să rezilieze contractul la împlinirea unui termen de 10 zile de la notificarea Asiguratului/Contractantului, restituind primele plătite aferente perioadei în care asigurarea nu mai funcționează;

(b) dacă constatarea s-a făcut ulterior producerii riscului asigurat – să reducă suma asigurată în raport cu proporția dintre nivelul primelor plătite și nivelul primelor care ar fi trebuit să fie plătite.

Art. 7. Încetarea Contractului de asigurare

7.1. Asigurarea încetează în următoarele cazuri:

- pentru tot Grupul: neplata primelor de asigurare la data prevăzută în contract sau în termenul de păsuire, calculat de la data scadență înscrisă în Poliță; nerespectarea obligațiilor contractuale de către una dintre părți; în cazul rezilierii/denuțării Contractului de către oricare dintre părți, în termen de 30 de zile de la data primirii notificării scrise; prin acordul părților; la ora 24:00 a datei de expirare înscrisă în Poliță;
- pentru un Asigurat: în caz de deces al acestuia; la data dezactivării/încetării unuia dintre Pachetele de servicii în evidențele PPC E/PPC AES; la împlinirea vârstei maxime; la ora 24:00 a datei de sfârșit înscrise în Polița de asigurare/actele adiționale. Acoperirea individuală nu poate depăși durata Poliței de asigurare de grup.

7.2. Acoperirea unui risc asigurat suplimentar încetează, pentru un Asigurat, în caz de plată a 100% din suma asigurată pentru asigurarea suplimentară respectivă, pe an de asigurare.

7.3. Contractul de asigurare poate fi denunțat de oricare dintre părți în baza unei notificări prealabile scrisă, transmisă cu cel puțin 20 de zile înainte de data solicitării denunțării contractului. Denunțarea nu afectează obligațiile părților de până la acea dată. Asirom are obligația de a restitui Contractantului partea din prima de asigurare aferentă perioadei neexpirate, dar numai dacă nu s-au plătit ori nu se datorează despăgubiri pentru evenimente produse în perioada de valabilitate a contractului.

7.4. Dreptul de retragere

Aveți dreptul de a renunța la acoperirea prin asigurare, prin contactarea Asirom. Exercițarea dreptului de retragere nu implică costuri sau penalități suplimentare. Dezactivarea unuia dintre Pachetele de servicii din portofoliul PPC AES/PPC E în orice moment are același efect de încetare a acoperirii.

Art. 8. Excluderi

Asirom nu datorează indemnizația de asigurare dacă riscul asigurat este provocat ca urmare a:

- handicapurilor sau afecțiunilor preexistente datei de început a contractului. Dacă Contractul este plătit în termen (fără întârzieri) și este reînnoit fără întrerupere, data de referință pentru calculul bolilor preexistente este data de început a primului contract, reînnoit fără întrerupere;
- evenimentelor care au legătură directă sau indirectă cu operațiuni de război (chiar nedecarat), zone de conflict, invazie, ocupație militară, acte de ostilitate ale unui dușman străin, acțiunea puterilor militare ori uzurpatoare, război civil, insurecție, tulburări civile, revolte, revoluție, rebeliune, acte de terorism sau răscoală;
- exploziilor, emanațiilor de căldură sau radiațiilor provenite din fuziunea sau fisiunea nucleară, precum și din radiațiile provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice;
- participării la jocuri, antrenamente sau competiții de orice fel în calitate de sportiv profesionist, precum și a participării, chiar ocazionale, la întreceri cu vehicule cu motor pe pământ, pe apă sau în aer, la concursuri de schi, sărituri cu schiurile, bob, schi-bob, snowboarding, snowmobil și la antrenamentele aferente;
- practicării, chiar ocazionale, a unor sporturi extreme (parașutism, deltaplanorism, utilizarea de parapante, sărituri cu coarda elastică, rafting, box, curse de cai, scufundări autonome cu sisteme de respirație sub apă, surfing, windsurf, speologie, alpinism etc.) și a oricărui tip de competiție sportivă sau antrenamentelor aferente – enumerarea este ilustrativă, nu exhaustivă;
- tratamentului cancerului, hemofiliei, tuberculozei pulmonare sau al bolilor cu transmitere sexuală, precum și consecințele/complicațiile acestora; infectării cu virusul HIV/SIDA sau oricărei condiții medicale legate direct sau indirect de acesta;
- participării dumneavoastră ca subiect la experimente medicale, studii clinice sau lucrări de cercetare, declarate sau nu ca atare;
- bolilor infecțioase sau parazitozelor endemice contactate pe perioada în care vă aflați pe teritoriul unei țări recunoscute oficial drept zonă cu potențial mare de contaminare sau al unor boli declarate oficial epidemii sau pandemii de organele competente;
- bolilor mintale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă, precum și celor legate de obezitate sau tulburări de alimentație;
- faptului că nu respectați/ignorați/acționați împotriva indicațiilor și recomandărilor medicului care vă tratează, ale automedicației sau ale tratamentului urmat fără prescripție medicală;
- comiterii de către Asigurat a unei infracțiuni săvârșite cu intenție, incriminate de dispozițiile Codului penal;
- erorilor medicale sau neglijenței personalului medical ori altor deficiențe în acordarea asistenței medicale;
- tratamentelor efectuate în scop estetic, chirurgiei bariatrice, mai puțin în cazul în care acestea sunt consecințe ale unui Accident;
- oricăror evenimente care au legătură cu graviditatea, nașterea sau consecințele acestora, mai puțin avortul survenit ca urmare a unui Accident;

- efectuării de investigații și tratamente pentru sterilitate/fertilizare in vitro/inseminare artificială, schimbare de sex sau donare de organe, precum și a celor efectuate exclusiv în scop explorator sau diagnostic;
- sinuciderii sau tentativei de sinucidere sau automutilării. Sinuciderea nu este considerată Accident;
- tratamentelor homeopatice sau de medicină alternativă, procedurilor terapeutice nerecunoscute din punct de vedere medical sau neautorizate de instituțiile medicale competente din România;
- afecțiunilor neoplazice diagnosticate în primele 90 de zile de la data includerii dumneavoastră în asigurare;
- lipsei măsurilor de securitate și de protecție a lucrătorilor, cerute de specificul activității desfășurate;
- zborurilor cu motor, cu excepția curselor cu avioane de linie;
- acțiunilor dumneavoastră în stare de influență a alcoolului, drogurilor, substanțelor toxice sau narcotice.

Pentru situațiile neacoperite specifice fiecărei acoperiri de tip Bill Protection (Spitalizare, Incapacitate temporară de muncă, Șomaj), a se vedea condițiile de eligibilitate, limitele și situațiile neacoperite detaliate în cadrul Secțiunilor III–V din prezentele condiții.

Art. 9. Teritorialitatea acoperirii. Alte prevederi contractuale

9.1. Prezenta asigurare este valabilă în întreaga lume, cu respectarea prevederilor secțiunii privind excluderile. Asirom poate solicita ca documentele medicale emise în străinătate să fie prezentate în original și, dacă este cazul, traduse și apostilate.

9.2. Acoperirile sunt valabile 24 de ore pe zi.

9.3. Contractul de asigurare este guvernat de legislația din România. Orice nemulțumire va fi adresată în scris către Sediul social al Asirom, care va răspunde în termen de 30 de zile. În cazul unui răspuns nesatisfăcător, puteți contacta: (a) Autoritatea de Supraveghere Financiară (ASF), Splaiul Independenței nr. 15, Sector 5, București, 050092, e-mail: office@asfromania.ro; sau (b) SAL-Fin (Entitatea de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar-bancar), www.salfin.ro, ca alternativă extrajudiciară la instanța de judecată.

9.4. Prelucrarea datelor cu caracter personal

Asirom prelucrează datele dumneavoastră personale în conformitate cu Informarea Asirom privind prelucrarea datelor cu caracter personal, a Regulamentului (UE) 2016/679 (GDPR) și a celorlalte prevederi legale aplicabile. Informarea completă poate fi accesată în orice moment pe pagina web a societății: www.asirom.ro. Scopul principal al prelucrării este încheierea și administrarea contractului de asigurare; datele sunt prelucrate inclusiv pentru emiterea polițelor, gestionarea contractelor, soluționarea daunelor, raportări, prevenirea fraudelor și recuperarea creanțelor. Aveți dreptul de acces, rectificare, ștergere, restricționarea prelucrării, portabilitate a datelor, opoziție și de a nu face obiectul unei decizii bazate exclusiv pe prelucrare automată.

Alte detalii / informații privind asigurarea, furnizate la data încheierii acesteia:

- ASIGURAREA este guvernată de Legea Română. Eventualele neînțelegeri dintre părți se vor soluționa pe cale amiabilă, iar dacă acest lucru nu este posibil, litigiul va fi soluționat de instanțele judecătorești competente.
- Procedurile de soluționare a petițiilor (**reclamațiilor**) aplicabile prezentului contract de asigurare sunt cele prevăzute de Norma Autorității de Supraveghere Financiară nr. 18/2017 privind procedura de soluționare a petițiilor referitoare la activitatea societăților de asigurare și reasigurare și brokerilor de asigurare. Orice petiție, cerere, reclamație, se adresează în scris asigurătorului și este soluționată conform procedurilor interne ale societății, accesibile publicului la sediile și pe site-ul societății, termenul de răspuns la acestea fiind cel prevăzut de art. 5, alin. (8), din norma susmenționată, respectiv 30 de zile de la data înregistrării petiției, indiferent dacă soluția este favorabilă sau nefavorabilă. Această modalitate de soluționare a petițiilor nu limitează dreptul petentului de a se adresa Autorității de Supraveghere Financiară și/sau de a sesiza instanțele competente, potrivit legii.

- În conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți și în condițiile stabilite prin Regulamentul Autorității de Supraveghere Financiară nr. 4/2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar non bancar (SAL - FIN), consumatorul (asiguratul / contractantul / beneficiarul) are dreptul de a apela la soluționarea alternativă a eventualelor litigii cu asiguratorul (comerciant), prin exprimarea acestei opțiuni, în scris, către SAL - FIN, direct la sediul SAL - FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare. Consumatorii pot supune litigiul procedurilor SAL administrate de SAL - FIN dacă fac dovada că, în prealabil, au încercat să soluționeze litigiul direct cu asiguratorul (comerciantul) în cauză. Procedurile administrate și organizate de către SAL - FIN nu aduc atingere dreptului persoanei de a apela la mediere, dreptului la formularea de petiții sau dreptului persoanei de a se adresa instanțelor judecătorești competente.
- La data încheierii contractului de asigurare și emiterii poliței, cheltuielile cu primele de asigurare plătite de angajator, în numele angajatului, care nu sunt incluse în veniturile salariale ale angajatului, nu sunt deductibile fiscal, iar despăgubirile, sumele asigurate și orice alte drepturi ce se acordă asiguraților, beneficiarilor sau oricăror persoane păgubite, din orice fel de asigurare, constituie venit neimpozabil (art. 62, lit. g din Codul Fiscal).
- În vederea protejării asiguraților, beneficiarilor asigurării și terțelor persoane păgubite, în conformitate cu prevederile Legii nr. 213/2015 privind Fondul de garantare a asiguraților, prin contribuția asiguratorilor, se constituie **Fondul de garantare a asiguraților** destinat plăților de despăgubiri / indemnizații rezultate din contractele de asigurare, încheiate conform legii, în cazul insolvenței unui asigurator.
- **Raportul privind solvabilitatea și situația financiară** poate fi accesat pe Site Asirom la adresa: <https://www.asirom.ro/rapoarte-anuale.html>.
- Asiguratorul nu va acorda acoperire și nu va fi obligat la plata de despăgubiri sau la acordarea de beneficii în temeiul prezentei polițe, în măsura în care acordarea acoperirii, plata despăgubirilor sau acordarea beneficiilor ar expune Asiguratorul la orice tip de sancțiuni, interdicții sau restricții impuse de rezoluțiile Organizației Națiunilor Unite și/sau de sancțiunile comerciale sau economice, legile sau regulamentele Uniunii Europene, din România, din Marea Britanie și/sau din Statele Unite ale Americii, cu condiția ca nici o reglementare sau lege națională care se aplică asiguratorului să nu fie încălcată.

B. CONDIȚII SUPLIMENTARE DE ASIGURARE

Acoperirile suplimentare de mai jos se aplică numai împreună cu Condițiile generale (Secțiunea A) și le completează. În caz de contradicție, prevalează prevederile specifice ale prezentei secțiuni.

I. ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU DECES DIN ACCIDENT

Eveniment asigurat:

Decesul Asiguratului ca urmare a unui Accident survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, dacă decesul survine în termen de un an de la data Accidentului.

I.1. Asirom plătește o indemnizație fixă de 2.700 lei (plată unică) suplimentară față de indemnizația pentru Deces din orice cauză (500 lei). În caz de deces din accident, beneficiarul primește ambele beneficii (total 3.200 lei).

I.2. Dreptul la indemnizație se dovedește prin certificatul de deces și documentele medicale care atestă cauza (accidentală) a decesului.

I.3. Beneficiarul în caz de deces este moștenitorul / moștenitorii, legal / legali al / ai asiguratului care are obligația de a aviza evenimentul și de a depune dosarul complet conform art. 5.3.

II. ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU INVALIDITATE TOTALĂ PERMANENTĂ DIN ACCIDENT

Definiție:

Pierderea permanentă și ireversibilă a capacității funcționale/capacității de muncă a Asiguratului, ca urmare a unui Accident, confirmată prin documente medicale și/sau decizie de încadrare în grad de

invaliditate conform legislației în vigoare privind sistemul unitar de pensii publice, cu modificările și completările ulterioare (invaliditate grad I sau grad II, nerevizuibilă).

Eveniment asigurat:

Invaliditatea totală permanentă a Asiguratului ca urmare a unui Accident survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, constatată în decurs de cel mult 24 luni de la data Accidentului.

II.1. Asirom plătește o indemnizație fixă de 2.700 lei (plată unică), cu condiția îndeplinirii criteriilor de eligibilitate și a achitării primei aferente.

II.2. Dreptul la indemnizație se dovedește prin documente medicale relevante și, după caz, prin decizie de încadrare în grad de invaliditate/raport medical de specialitate care confirmă caracterul total și permanent al invalidității, conform legislației în vigoare.

III. SPITALIZARE (DIN ORICE CAUZĂ) – BILL PROTECTION

Eveniment asigurat:

Spitalizarea Asiguratului (internare într-o unitate spitalicească cu minimum 7 nopți consecutive), ca urmare a: (a) unui Accident survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare; sau (b) unei Îmbolnăviri diagnosticate în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, cu respectarea perioadei de așteptare de 1 lună de la data includerii.

III.1. În cazul producerii evenimentului asigurat, Asirom va plăti (achita) valoarea unei Facturi eligibile PPC E (fără penalități), aferente lunii calendaristice în care se află perioada de spitalizare, în limita a maximum 225 lei/lună și maximum o factură/lună.

III.2. Spitalizarea de zi și celelalte forme de internare excluse prin definiția „Spitalizare” nu sunt acoperite.

III.3. Dacă perioada de spitalizare aferentă aceluiași eveniment asigurat se întinde pe mai multe luni calendaristice, se poate acorda indemnizația pentru fiecare lună calendaristică în care există cel puțin 7 nopți de spitalizare, cu respectarea limitelor (225 lei/lună, maximum o factură/lună și maximum 12 facturi eligibile plătite într-un an de asigurare).

III.4. Pentru ca un nou eveniment de spitalizare să fie considerat distinct este necesară o perioadă de recalificare de 30 de zile de la data externării, în care Asiguratul nu se află în spitalizare.

III.5. Indemnizații de tip Bill Protection – regula de non-cumul

Acoperirile de tip Bill Protection (Secțiunile III–V) nu se cumulează. Pentru aceeași lună calendaristică, Asirom plătește cel mult o indemnizație aferentă unui singur eveniment, chiar dacă sunt îndeplinite condițiile pentru mai multe acoperiri.

III.6. Documente specifice (orientativ):

- Factura eligibilă și confirmarea statusului pachetului de servicii (de la PPC E/PPC AES);
- bilet de externare/FOCG și alte documente medicale care atestă diagnosticul și durata spitalizării (număr de nopți);
- Asirom poate solicita documente suplimentare, în funcție de particularitățile cazului.

IV. ȘOMAJ (PIERDEREA INVOLUNTARĂ A LOCULUI DE MUNCĂ) – BILL PROTECTION

Definiție:

Încetarea calității de angajat a Persoanei Asigurate din motive neimputabile acesteia. Numai Asigurații care sunt șomeri înregistrați la Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă (ANOFM) și care se încadrează în condițiile de mai jos sunt considerați în stare de șomaj în sensul prezentei asigurări.

Eveniment asigurat:

Pierderea involuntară a locului de muncă, ca urmare a încetării contractului individual de muncă din motive neimputabile Persoanei Asigurate (de exemplu: reorganizare/desființarea postului), cu consecința pierderii venitului salarial.

IV.1. Persoane eligibile:

Acoperirea se acordă Asiguraților care: (a) sunt salariați ai unei societăți private sau ai unei societăți de stat; (b) au contract individual de muncă guvernat de legislația română; (c) au domiciliul/reședința

permanentă în România; (d) la data includerii în asigurare sunt angajați și nu au primit o notificare/decizie de încetare a raportului de muncă.

IV.2. Condiții de acordare a despăgubirii:

Despăgubirea se plătește numai dacă, la data cererii și pe toată perioada pentru care se solicită plata, Asiguratul: (a) și-a încetat activitatea și nu desfășoară nicio altă activitate generatoare de venit sau câștig; (b) este înregistrat la ANOFM ca persoană aflată în căutarea unui loc de muncă și primește indemnizație de șomaj; (c) nu refuză nejustificat ofertele de muncă adecvate și respectă obligațiile ANOFM; (d) evenimentul asigurat s-a produs după expirarea perioadei de așteptare.

IV.3. Perioade aplicabile:

- Perioadă de așteptare: 1 lună calendaristică de la data includerii în asigurare.
- Perioadă deductibilă: 30 de zile de la data producerii evenimentului asigurat (ultima zi lucrată). Despăgubirea se plătește numai pentru perioadele de șomaj care depășesc această perioadă.
- Perioadă de recalificare: după plata unei despăgubiri pentru șomaj, pentru a formula o nouă cerere este necesară reluarea activității cu angajare continuă de cel puțin 6 luni, conform legislației în vigoare.

IV.4. Beneficiu și limite:

Asirom plătește o indemnizație lunară egală cu valoarea Facturii eligibile, dar nu mai mult de 225 lei/lună, pentru perioada eligibilă de șomaj. Indemnizația se plătește exclusiv în contul (IBAN) indicat de dumneavoastră. Se pot plăti maximum 12 indemnizații lunare pentru același eveniment de șomaj și, în orice caz, nu mai mult de 12 indemnizații într-un an de asigurare.

IV.5. Situații neacoperite:

Acoperirea nu se acordă dacă șomajul rezultă din sau este legat de: demisie; încetarea contractului prin acordul părților; concediere disciplinară sau pentru motive imputabile Asiguratului; încetarea în perioada de probă; absența de la muncă ca urmare a unei condamnări penale; situația în care Asiguratul cunoștea pierderea locului de muncă înainte ca acoperirea să fi intrat în vigoare; lipsa domiciliului/reședinței în România; desfășurarea de activități remunerate în perioada declarată ca șomaj; angajarea pe perioadă determinată care a expirat natural. Persoanele care desfășoară activități independente (PFA etc.) nu sunt acoperite pentru acest risc.

IV.6. Documente specifice:

- Factura eligibilă și confirmarea statusului pachetului de servicii (de la PPC E/PPC AES);
- decizie/act de încetare a contractului individual de muncă, cu motivul încetării;
- dovada înregistrării ca șomer la ANOFM și/sau dovada acordării indemnizației de șomaj;
- declarație/confirmare că nu desfășurați activitate generatoare de venit salarial pe perioada de șomaj solicitată.

V. INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ (DIN ORICE CAUZĂ) – BILL PROTECTION

Eveniment asigurat:

Incapacitatea temporară de muncă a Asiguratului de cel puțin 30 de zile consecutive, ca urmare a: (a) unui Accident survenit în perioada de valabilitate a contractului; sau (b) unei Îmbolnăviri diagnosticate în perioada de valabilitate a contractului, cu respectarea perioadei de așteptare de 1 lună de la includere.

V.1. Asirom plătește o indemnizație lunară egală cu valoarea Facturii eligibile PPC E (fără penalități), în limita a maximum 225 lei/lună și maximum o factură/lună, pentru lunile calendaristice în care Asiguratul se află în incapacitate temporară de muncă. Se pot plăti maximum 12 facturi eligibile într-un an de asigurare.

V.2. Acoperirea se aplică atât salariaților, cât și liber-profesioniștilor/persoanelor cu activități independente, cu condiția prezentării documentelor justificative (certificat medical și, după caz, documente privind pierderea venitului). Persoanele care nu desfășoară nicio activitate generatoare de venit nu sunt eligibile pentru această acoperire.

V.3. Incapacitatea temporară de muncă cauzată de afecțiuni ale coloanei vertebrale și/sau patologii similare trebuie dovedită prin investigații radiologice și clinice relevante, prezentate odată cu dosarul de daună.

V.4. Dacă incapacitatea temporară de muncă aferentă aceluiași eveniment asigurat se întinde pe mai multe luni calendaristice, se poate acorda indemnizația pentru fiecare lună calendaristică în care Asiguratul se află integral în incapacitate temporară de muncă, cu respectarea limitelor și a regulii de non-cumul (Secțiunea III.5).

V.5. Perioadă de recalificare:

Pentru ca un nou eveniment de incapacitate temporară de muncă să fie considerat distinct, este necesară o perioadă de recalificare de 30 de zile de la data revenirii la activitate, în care Asiguratul nu se află în incapacitate temporară de muncă.

V.6. Documente specifice :

- Factura eligibilă și confirmarea statusului pachetului de servicii (de la PPC E/PPC AES);
- certificate medicale de concediu medical/ITM emise conform legislației aplicabile, cu perioada exactă și diagnosticul;
- scrisoare/recomandări medicale și, pentru afecțiuni ale coloanei vertebrale, documente clinice și/sau radiologice;
- Asirom poate solicita documente suplimentare, inclusiv examinare medicală, conform art. 5.