

ASIGURAREA PENTRU CĂLĂTORII ÎN STRĂINĂTATE

PENTRU DEȚINĂTORII DE CARDURI DE CREDIT STANDARD CU RATE LA CUMPĂRĂTURI EMISE DE BRD

CONDIȚII GENERALE

1. DEFINIREA TERMENILOR

ASIGURAREA MEDICALĂ

ACCIDENT: eveniment datorat unei cauze neprevăzute, externe, vizibile, violente, întâmplătoare și absolut independente de voința Asiguratului și care determină producerea riscului asigurat. Producerea succesivă a mai multor accidente, într-un interval de 72 de ore se consideră un singur accident.

ASIGURAT: persoana fizică, client al BRD, deținător al unui card de credit Standard cu rate la cumpărături menționată în certificatul de asigurare, cu vârsta minimă de 18 ani, care călătorește temporar în afara granițelor României/țării de cetățenie/țării de reședință. Acesta are obligația de a plăti prima de asigurare.

ASIGURĂTOR: Groupama Asigurări S.A, Societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară sub Nr. RA – 009/10.04.2003, care, în schimbul încasării primei de asigurare, se obligă să plătească indemnizația de asigurare în cazul producerii riscului asigurat, conform condițiilor contractuale.

ASISTENȚĂ: îndrumarea sau ajutorul acordat Asiguratului aflat în dificultate în timpul călătoriei în străinătate pe durata asigurării, oferită de Groupama Asigurări prin intermediul companiei de asistență colaboratoare. Aceasta poate fi medicală.

BENEFICIAR: persoana fizică ce beneficiază de asistență sau încasează Indemnizația de asigurare/despăgubirea în cazul producerii riscului asigurat, atunci când Indemnizația sau asistența nu se acordă direct Asiguratului. În cazul decesului Asiguratului beneficiari ai asigurării sunt moștenitorii legali ai Asiguratului, în cazul în care acesta nu a desemnat un Beneficiar.

BOALĂ: modificare patologică, determinată de afectarea temporară sau ireversibilă a structurii și/sau funcționalității normale a întregului organism sau a oricărei părți a acestuia, diagnosticată de un medic specialist autorizat, conform criteriilor clinice și/sau paraclinice.

CĂLĂTORIE ÎN STRĂINĂTATE: călătorie în afara granițelor teritoriale ale României, ale țării de cetățenie sau ale țării de reședință a Asiguratului.

CĂLĂTORII MULTIPLE: ieșiri și intrări succesive din/în România/țara de reședință/țara de cetățenie, efectuate pe parcursul valabilității certificatului de asigurare cu o durată maximă per călătorie de 30 de zile consecutive în scop business și/sau turistic.

CERTIFICAT DE ASIGURARE: document emis de Asigurător, în care sunt înscrise datele de contact ale Asigurătorului, datele de identificare ale Asiguratului și datele esențiale ale asigurării.

COMPANIA DE ASISTENȚĂ: compania desemnată de ASIGURĂTOR care acordă ASIGURAȚILOR asistență medicală și care acționează în numele acestuia pentru îndeplinirea condițiilor contractuale.

CONDIȚIE PRE-EXISTENTĂ: orice boală sau vătămare corporală care a fost diagnosticată de un medic înainte de data de început a călătoriei.

CONTRACTANT: persoana fizică sau juridică care încheie contractul de asigurare pentru asigurarea unui risc privind propria persoană sau altă persoană și se obligă față de Asigurător să plătească prima de asigurare

CONTRACTUL DE ASIGURARE: actul juridic care se încheie între Asigurat și Asigurător, prin care Asiguratul se obligă să plătească prima de asigurare, iar Asigurătorul se obligă să asigure acordarea asistenței prin intermediul Companiei de asistență și/sau să achite Asiguratului Indemnizația de asigurare, în termenii și limitele convenite, la producerea riscului asigurat. Parte integrantă a contractului de asigurare sunt: Condițiile de asigurare, Certificatul de asigurare, Formularul de aderare și orice alte documente legate de prezenta asigurare.

CONTRACT CADRU DE ASIGURARE: actul juridic încheiat între BRD Groupe Societe Generale S.A și Asigurător, semnat de ambele părți;

DIAGNOSTIC: încadrare/identificare certă, de către un medic, a afecțiunii care a necesitat tratament de urgență.

DURATA ASIGURĂRII: perioada de un an de zile, pentru care se încheie Contractul de asigurare, cu reînnoire automată, pe perioade egale, sub rezerva achitării primei de asigurare.

DURERE ACUTĂ: simptomatologie instalată brusc sau cu o evoluție rapidă care, în urma unui tratament adecvat pe termen scurt, duce la restabilirea stării de sănătate de dinainte de instalarea acesteia.

EVENIMENT ASIGURAT: producerea riscurilor asigurate așa cum sunt descrise în contractul de asigurare.

FRANȘIZĂ/PERIOADĂ DEDUCTIBILĂ: Suma stabilită/durata de timp pentru care GROUPAMA ASIGURĂRI S.A. nu-și va asuma obligația de plată, dacă despăgubirea se situează sub această sumă fixă/durată de timp.

INDEMNIZAȚIE DE ASIGURARE/DESPĂGUBIRE: sumă datorată de Asigurător Asiguratului/Beneficiarului, în cazul producerii riscului asigurat. Indemnizația nu poate depăși suma asigurată stabilită pentru fiecare tip de risc asigurat în parte.

INTERMEDIAR: BRD Groupe Societe Generale S.A

ÎMBOLNĂVIRE SUBITĂ: îmbolnăvire care se produce imprevizibil într-un timp scurt și pe neașteptate, în timpul unei călătorii în străinătate, pe durata asigurării.

MEDIC: persoană ce posedă o diplomă medicală, eliberată de autoritățile în domeniu, care profesează în limitele specialității licenței sale, în baza unei autorizații valabile de liberă practică.

MEMBRII FAMILIEI ASIGURATULUI: soț, soție, copiii minori ai Asiguratului.

OAMENI DE AFACERI (BUSINESS): persoane care efectuează călătorii în străinătate în legătură directă cu serviciul, cu activitatea proprie de afaceri pe baza unui document justificativ în acest sens (delegație din partea firmei, invitație la un congres, seminar etc.).

PRIMA DE ASIGURARE: suma de bani datorată de Asigurat în schimbul asumării riscului de către Asigurător.

RISC ASIGURAT: eveniment viitor, posibil, incert, cuprins în asigurare, care odată produs, obligă Asigurătorul să plătească Asiguratului/Beneficiarului, Indemnizația de asigurare conform clauzelor și limitelor stabilite în prezentele condiții de asigurare.

SPITAL: unitate sanitară, publică sau privată, care dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați. Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, azilurile de bătrâni și în general casele de odihnă și cabinetele fizioterapeutice nu se consideră spitale.

SPORTURI DE AGREMENT CU RISC REDUS: activitate fizică sportivă, practică ocazional, în scop recreativ, ca amator, în condiții de normalitate și siguranță, într-un cadru organizat, cu echipament de protecție corespunzător.

SUMA ASIGURATĂ: limita maximă a indemnizației de asigurare pe care Asigurătorul o plătește în cazul producerii riscului asigurat și care este înscrisă în Certificatul de asigurare.

TURIST: persoana care efectuează călătorii în străinătate în scop turistic, vizită la rude/cunoștințe.

URGENȚĂ MEDICALĂ: o vătămare corporală sau o afecțiune acută ce pune în pericol viața sau sănătatea Asiguratului și care necesită îngrijiri medicale ce nu pot fi amânate.

VĂTĂMARE CORPORALĂ: reprezintă orice vătămare fizică a Asiguratului sau a unei terțe persoane (în cazul Asigurării de răspundere civilă individuală), produsă în urma unui accident, detectabilă din punct de vedere medical și justificată prin documente medicale eliberate de către medici specialiști.

DEFINIȚII SPECIFICE PENTRU ASIGURAREA DE PROTECȚIE PRIVIND ANULAREA CĂLĂTORIEI (STORNO)

AGENȚIE DE TURISM/FURNIZOR DE SERVICII DE CĂLĂTORIE PRIN INTERNET/ELECTRONIC: persoana juridică, specializată, autorizată conform prevederilor legale în vigoare, prin care Asiguratul a achiziționat și achitat pachetul de servicii de călătorie și biletul de călătorie acceptat și înregistrat de operatorul de servicii de călătorie sau de touroperator.

BOALĂ GRAVĂ BRUSCĂ SAU ACCIDENT GRAV: evenimentul care implică încetarea oricărei activități profesionale sau de orice alt tip, cu recomandarea de repaus la pat și/sau de a nu părăsi domiciliul (inclusiv pentru boli contagioase ce necesită carantină, precum varicela) și care duc la imposibilitatea plecării într-o călătorie a persoanelor menționate în contractul de prestări servicii/voucher și obligă Asiguratul la anularea vacanței. Această recomandare trebuie să fie eliberată de un medic specialist de la o instituție medicală autorizată conform prevederilor legale în vigoare și va fi prezentată Asigurătorului.

BILET DE CĂLĂTORIE: document de transport, emis de un furnizor autorizat în formă pretipărită sau în format electronic, ce permite Asiguratului să călătorească, bilet achiziționat prin intermediul Agenției de turism/Furnizorului de servicii de călătorie prin internet. Biletul trebuie să conțină detaliile complete referitoare la călătoria în străinătate.

CONTRACT DE COMERCIALIZARE A PACHETULUI DE SERVICII DE CĂLĂTORIE: acordul de voință încheiat de Asigurat în calitate de cumpărător cu Agenția de turism, care are ca obiect achiziționarea unui pachet de servicii de călătorie și biletul de avion acceptat și înregistrat de operatorul de transport sau de touroperator, în urma căruia, agenția de turism/furnizorul de servicii de călătorie prin internet îi eliberează documentele de călătorie și documentele de plată.

SERVICII DE CĂLĂTORIE: servicii achiziționate și achitate conform scopului ales, direct sau prin intermediul unei Agenții de turism/Furnizor de servicii de călătorie prin internet care pot fi dovedite printr-un contract de prestări servicii/voucher pe numele Asiguratului beneficiar al acestora, precum: bilete de transport, pachete turistice (cazare, masă, excursii, circuite, bilete de acces la muzee, parcuri de distracții), pachete pentru călătorii de afaceri (bilete de tren, rent-a-car, rent-a-bus, cazare, organizare evenimente).

DEFINIȚII SPECIFICE PENTRU ASIGURAREA PENTRU SPORTURI DE SEZON

SPORTURI DE SEZON: activitate fizică sportivă, practică ocazional, în scop recreativ, ca amator, în condiții de normalitate și siguranță, într-un cadru organizat, cu echipament de protecție corespunzător. Sunt acoperite prin prezenta asigurare riscurile produse ca urmare a practicării unui sport de agrement cu grad ridicat de risc de producere a unui accident: schi, snowboard, ski-bobbing, schi nautic, surfing, wind surfing, kite surfing, stand up paddling, rafting, canoe, caiac, scuba diving, jet ski, parascending, navigație, iahting, carting, ascensiuni montane până la 3.000 m, ciclism, vânătoare. Enumerarea este limitativă.

DEFINIȚII SPECIFICE PENTRU ASIGURAREA DE RĂSPUNDERE CIVILĂ INDIVIDUALĂ

EVENIMENT ASIGURAT: producerea riscului asigurat, din culpa Asiguratului, care generează prejudicii prin pagube materiale și/sau vătămări corporale ori decesul uneia sau mai multor terțe persoane;

SUMA ASIGURATĂ/LIMITA RĂSPUNDERII: suma maximă până la care Asigurătorul răspunde în cazul producerii evenimentului asigurat pe durata asigurării; Răspunderea asumată de Groupama Asigurări S.A nu va depăși în total, pe toată durata asigurării, în legătură cu toate prejudiciile suferite de terțe persoane, limita răspunderii, indiferent de numărul evenimentelor asigurate produse.

TERȚ PREJUDICIAT: persoana îndreptățită să primească Indemnizația de asigurare pentru prejudiciul suferit ca urmare a faptei Asiguratului care declanșează angajarea răspunderii civile a acestuia.

CULPĂ: formă a vinovăției manifestată prin imprudență sau neglijență;

DAUNE MORALE: consecințele de natură nepatrimonială cauzate terțelor persoane prin fapte ilicite culpabile, constând în atingeri aduse personalității fizice sau psihice, prin lezarea unui drept sau interes nepatrimonial, consecințe fără conținut economic și care, prin natura lor, nu pot fi evaluate în bani;

IMPRUDENȚĂ: formă a culpei prin care autorul faptei prevede rezultatul faptei sale, dar nu-l acceptă, socotind, fără temei, că el nu se va produce;

NEGLIJENȚĂ: formă a culpei prin care autorul faptei nu prevede rezultatul faptei sale, deși trebuia și putea să îl prevadă;

PIERDERI FINANCIARE DIRECTE/PURE: pierderi financiare care nu sunt urmare a unei vătămări corporale sau a unei pagube materiale;

PIERDERI FINANCIARE INDIRECTE/DE CONSECINȚĂ: pierderi financiare care sunt urmare a unei vătămări corporale sau a unei pagube materiale constând în beneficii sau câștiguri nerealizate, pierderi de profit, pierderea folosinței bunurilor etc.

În plus, pentru asigurările de grup, sunt valabile și următoarele definiții:

LIMITA DE DESPĂGUBIRE PE ASIGURAT: suma de bani maximă pe care Asigurătorul o plătește pentru un Asigurat, indiferent de numărul de evenimente asigurate sau de riscurile asigurate produse. În cazul producerii riscului asigurat care duce la depășirea limitei maxime stabilite prin Contractul de asigurare, asigurarea încetează pentru persoana respectivă. În cazul în care suma solicitată cu titlu de Indemnizație de asigurare în temeiul contractului depășește această limită, Asigurătorul va achita Indemnizația de asigurare doar până la atingerea limitei de despăgubire pe Asigurat.

LIMITA DE DESPĂGUBIRE PE CONTRACT: suma de bani maximă pe care Asigurătorul o plătește cu titlu de Indemnizație de asigurare, în baza respectivului contract de asigurare de grup, tuturor persoanelor asigurate incluse indiferent de numărul de evenimente sau de riscurile produse. În cazul producerii evenimentului asigurat care duce la depășirea limitei maxime stabilite prin contractul de asigurare, aceasta va fi distribuită tuturor persoanelor asigurate, în mod proporțional cu sumele de asigurare, ținându-se cont de sumele maxime asigurate pentru riscul asigurat respectiv. În cazul în care suma solicitată cu titlu de Indemnizație de asigurare în temeiul contractului respectiv depășește această limită, Asigurătorul va achita Indemnizația de asigurare doar până la atingerea limitei de despăgubire pe contract.

LIMITA DE DESPĂGUBIRE PE EVENIMENT: suma de bani maximă pe care Asigurătorul o plătește în cazul în care riscul asigurat se produce pentru mai mulți Asigurați incluși într-o asigurare grup, ca urmare a aceluiași eveniment asigurat. În cazul producerii riscului asigurat care duce la depășirea limitei maxime stabilite prin contractul de asigurare, aceasta va fi distribuită tuturor persoanelor pentru care s-a produs riscul asigurat, în mod proporțional cu sumele de asigurare, ținându-se cont de sumele maxime asigurate pentru riscul asigurat respectiv. În cazul în care suma solicitată cu titlu de Indemnizație de asigurare în temeiul contractului respectiv depășește această limită, Asigurătorul va achita Indemnizația de asigurare doar până la atingerea limitei de despăgubire pe contract.

2. RISCURI ASIGURATE

RISCURI ASIGURATE	SUMA ASIGURATĂ
	Deținător de card/An
ASIGURAREA MEDICALĂ	
1. Cheltuieli medicale de urgență 24 h în caz de accident și îmbolnăvire	Max. 20.000 euro/deținător de card /An
Asistență medicală de urgență	Max. 20.000 euro/ deținător de card /An
Repatriere medicală	Max. 2.000 euro
Repatriere funerară	Max. 5.000 euro
Tratament dentar de urgență	Max. 200 euro
CHELTUIELI SUPLIMENTARE, ÎN CAZUL SPITALIZĂRII ASIGURATULUI PE O PERIOADĂ MAI MARE DE 10 ZILE	
Repatrierea copiilor minori	Decontarea biletului de avion la clasa economic
Vizita unei rude (părinte, soț/soție)	Decontarea biletului de avion la clasa economic
Convorbiri telefonice de urgență	Max. 20 euro
2. Asigurarea de protecție privind anularea călătoriei (STORNO)	Max. 1.000 euro/ Max. 2 călătorii/familie/an
3. Asigurarea pentru întreruperea/extinderea călătoriei	Max. 500 euro
Întreruperea călătoriei asiguratului	În limita sumei asigurate de la pct. 3
Repatrierea copiilor minori	În limita sumei asigurate de la pct. 3
Extindere pentru soț/soție	În limita sumei asigurate de la pct. 3
4. Sporturi de sezon	În limita sumei asigurate de la pct. 1
5. Family cover	Max. 10.000 euro/membru de familie/an
6. Răspundere civilă	Max. 10.000 euro
Limita maximă de despăgubire pe contract/an	Max. 1.000.000 euro

2.1. Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare pentru riscurile produse pe timpul călătoriei în străinătate, pe durata asigurării, în teritoriile în care asigurarea este valabilă conform mențiunilor cuprinse în Certificatul de asigurare și în limitele sumelor asigurate conform tabelului de mai sus.

ASIGURAREA MEDICALĂ

2.2. ASISTENȚĂ MEDICALĂ DE URGENȚĂ, reprezentând:

- diagnosticarea medicală; tratamentul medical ambulatoriu inclusiv control medical (recomandat de medic și avizat de Compania de asistență medicală) efectuat imediat după acordarea asistenței medicale de urgență în scopul examinării stării de sănătate a Asiguratului care în absența imediată poate pune în pericol sănătatea sau viața Asiguratului.
- medicamentele și materialele auxiliare prescrise de medic; materialele medicale ajutătoare pentru fixarea unor părți ale corpului în baza recomandărilor medicale - orteze, corsete și aparate gipsate;
- tratamentul staționar într-un spital sub supravegherea directă a unui medic, folosindu-se exclusiv metode medicale recunoscute și aprobate. Asiguratul are obligația de a se adresa celui mai apropiat spital unde există posibilitatea aplicării tratamentului adecvat. Cheltuielile cu spitalizarea se vor acoperi numai până când starea medicală a Asiguratului va permite repatrierea acestuia;
- transportul de urgență al Asiguratului efectuat de serviciile de ambulanță până la cel mai apropiat spital, cel mai apropiat

medic sau transferul la un alt spital, dacă este recomandat de medic;
 e) intervenția chirurgicală de urgență.

2.3. REPATRIERE

a) Repatrierea medicală – reprezintă transportul Asiguratului în localitatea de domiciliu sau la cel mai apropiat spital din România/țara de cetățenie/țara de reședință unde poate primi tratamentul recomandat de medic (repatrierea medicală). Repatrierea medicală a Asiguratului, aflat în imposibilitatea de a călători singur, va fi organizată de Compania de asistență medicală.

Momentul repatrierii și modalitatea de transport vor fi stabilite de medicul curant împreună cu echipa medicală a Companiei de asistență medicală. Astfel, repatrierea Asiguratului poate fi organizată după cum urmează:

- la un spital al cărui profil corespunde cu specificul cazului medical respectiv sau la un spital din România, situat în apropierea domiciliului Asiguratului, dacă se impune continuarea acordării asistenței medicale;
- la domiciliul acestuia.

În cazul în care Asiguratul nu poate urma recomandarea medicală de repatriere, sau repatrierea medicală nu este strict necesară, Asigurătorul va plăti o indemnizație de maxim 500 de euro, pe baza documentelor justificative (chitanțe, facturi, bonuri fiscale) pentru transportul Asiguratului la domiciliu. Acest tip de repatriere este valabil numai în cazul în care Asiguratul a beneficiat de Asistență medicală pentru evenimentul asigurat respectiv – cauză a repatrierii, conform condițiilor de asigurare.

b) Repatrierea funerară – reprezintă repatrierea corpului neînsuflit la domiciliu, inclusiv costul sicriului, în cazul decesului Asiguratului sau cheltuieli de înmormântare/incinerare la locul decesului.

2.4. TRATAMENT DENTAR

- tratamentul dentar de urgență (pentru îndepărtarea durerilor acute și a celor cauzate de accidente), inclusiv o eventuală radiografie dentară.

2.5. CHELTUIELI SUPLIMENTARE, ÎN CAZUL SPITALIZĂRII ASIGURATULUI PE O PERIOADĂ MAI MARE DE 10 ZILE

- a)** Decontarea cheltuielilor de transport, la clasa economic, pentru una dintre rude, în cazul deplasării acestuia la Asigurat;
b) Repatrierea copiilor Asiguratului la domiciliul din România/țara de cetățenie sau de reședință; cheltuielile de repatriere constau în decontarea cheltuielilor de transport, la clasa economic;
c) Decontarea valorii convorbirilor telefonice urgente efectuate de Asigurat cu membrii familiei și cu medicul de familie pe durata spitalizării acestuia.

FAMILY COVER

2.6. ASIGURAREA PENTRU MEMBRII FAMILIEI - sunt acoperite riscurile aferente Asigurării Medicale, pct 1 din tabelul de mai sus, în limita maximă de despăgubire per membru de familie precizată la pct. 5 din tabelul de mai sus -Family Cover. Sunt acoperiți membrii familiei : soț/ soție și maxim 3 copii minori numai dacă aceștia călătoresc în același scop și pe aceeași perioadă cu asiguratul.

ASIGURAREA DE PROTECȚIE PRIVIND ANULAREA CĂLĂTORIEI (STORNO)

2.7. GROUPAMA ASIGURĂRI S.A., în schimbul achitării Primei de asigurare de către Asigurat, în limita Sumei asigurate, acoperă pierderile financiare ale Asiguratului, respectiv contravaloarea penalităților datorate Agenției de turism/Furnizorului de servicii de călătorie, ca urmare a anulării călătoriei din cauza producerii riscului asigurat, în următoarele situații:

- a)** anularea de către Asigurat a contractului de comercializare a pachetului de servicii de călătorie încheiat cu Agenția de turism ori a rezervărilor făcute direct de la Furnizorii de servicii de călătorie prin internet, pentru care poate face dovada plății prin documente care atestă plata, cu condiția ca anularea să fie necesară și inevitabilă din cauza apariției unui eveniment asigurat;
b) anularea rezervării pentru bilete de călătorie, acceptate și înregistrate de operatorul de transport sau de touroperator, la inițiativa Asiguratului, din cauza apariției unui eveniment asigurat.

Biletele de avion pentru curse de tip charter sunt preluate în asigurare doar dacă fac parte din pachetele de servicii de călătorie. Biletele de avion pentru curse de linie pot fi preluate în asigurare și separat.

Evenimente asigurate:

- îmbolnăvirea gravă bruscă, vătămarea cauzată de un accident sau decesul persoanei asigurate;
 Sau
- îmbolnăvirea gravă bruscă, vătămarea cauzată de un accident sau decesul unuia dintre următoarele persoane: părinți copiii, bunici, frați, surori;
- concedierea neașteptată de către angajator a Asiguratului (transmisă de angajator cu cel mult 5 zile calendaristice înainte de data de început a călătoriei) pentru motive neimputabile acestuia. Protecția prin asigurare nu există în cazul încetării contractului de muncă cu acordul părților sau din vina Asiguratului.
- daune materiale grave (incendiu, vandalism, inundații, cutremur, trăsnet, explozii, alunecări de teren, furtuni, căderi de copaci, accident aviatic, furt prin efracție – dovedite prin documente emise de autoritățile competente, din care să reiasă

producerea evenimentului), produse locuinței proprietate personală/domiciliului/sediului principal al firmei la care este acționar/administrator persoana asigurată, iar în urma acestor evenimente prezența persoanei asigurate este indispensabilă.

- nașterea prematură a unui copil al Asiguratului;

- pierderea sau furtul documentelor de identitate aparținând Asiguratului, cu maxim 48 ore înaintea plecării, sub rezerva ca aceste acte să fie indispensabile desfășurării călătoriei;

- primirea de către Asigurat a unei citații pentru prezentarea la o instanță judecătorească; se acoperă doar citațiile emise și primite de către Asigurat ulterior datei de achiziționare a Pachetului de servicii de călătorie.

2.8. În cazul contractelor de achiziționare a pachetelor de servicii de călătorie încheiate pentru un grup de persoane (2 sau mai multe persoane care sunt membri ai familiei asiguratului), cel care beneficiază de acoperirea asigurării este Asiguratul deținător de card de credit Standard cu rate la cumpărături, nominalizat în Certificatul de asigurare, pentru prejudiciul propriu. De această acoperire beneficiază și membrii familiei Asiguratului în limita maximă de despăgubire per familiei prevăzută la pct 2 ((Asigurarea privind anularea călătoriei – Storno) și numai în condițiile în care aceștia călătoresc în același scop și pe aceeași perioadă cu asiguratul.

2.9. Valoarea despăgubirii este egală cu penalizarea datorată de Asigurat Agenției de turism la data producerii evenimentului asigurat, conform prevederilor Contractului/voucher-ului de comercializare a pachetelor de servicii de călătorie încheiat pentru aceasta.

ASIGURAREA PENTRU ÎNTRERUPEREA/EXTINDEREA CĂLĂTORIEI

2.10. Asigurătorul va plăti Asiguratului indemnizația de asigurare, în limita sumei asigurate dacă, pe parcursul călătoriei în străinătate, după trecerea graniței României, acesta este nevoit să întrerupă călătoria și să se reîntoarcă în țară ca urmare a:

- decesului, accidentării sau îmbolnăvirii grave a unei rude aflate în România/țara de cetățenie/reședință;
- nașterii premature a copilului asiguratului, cu mai mult de 60 de zile calendaristice decât termenul apreciat de medic, soția aflându-se în România/țara de cetățenie/reședință,;

• daune materiale grave (incendiu, vandalism, inundații, cutremur, trăsnet, explozii, alunecări de teren, furtuni, căderi de copaci, accident aviatic, furt prin efracție – dovedite prin documente emise de autoritățile competente, din care să reiasă producerea evenimentului), produse locuinței proprietate personală/domiciliului/sediului principal al firmei la care este acționar/administrator persoana asigurată, iar în urma acestor evenimente prezența persoanei asigurate este indispensabilă.

2.11. Quantumul indemnizației de asigurare va fi determinat de volumul cheltuielilor pe care Asiguratul va fi nevoit să le suporte suplimentar (telefon, fax, hrană, taxa de schimbare a biletului de avion pentru întoarcere), dovedite cu documente (chitanțe, facturi), peste cheltuielile ocazionate de întoarcerea în România la data de expirare a călătoriei, în limita sumei asigurate.

2.12. Asigurătorul va acoperi prin această asigurare inclusiv repatrierea copiilor minori ai Asiguratului, în cazul în care Asiguratul a fost spitalizat în perioada călătoriei, ca urmare a producerii unui risc asigurat de la punctul 1 din tabel.

2.13. Extindere pentru soț/soție – în cazul spitalizării Asiguratului acoperită și despăgubită de Asigurător prin Asigurarea Medicală de la pct 1 din tabelul de mai sus, se poate extinde călătoria după data de întoarcere în România, țara de reședință/cetățenie și pentru soțul sau soția Asiguratului care călătorește împreună cu acesta pentru cheltuieli de cazare dovedite cu documente justificative, în limita sumei asigurate.

2.14. Sunt acoperiți în limita maximă de despăgubire prevăzută la pct 3 (Asigurarea privind întreruperea/extinderea călătoriei) membrii familiei Asiguratului: soț/soție și maxim 3 copii minori numai dacă aceștia călătoresc în același scop și pe aceeași perioadă cu asiguratul.

ASIGURAREA PENTRU SPORTURI DE SEZON

2.15. Prin Asigurarea pentru Sporturi de sezon sunt acoperite riscurile asigurate în limita sumelor asigurate, conform riscurilor asigurate de la pct 1, incluse în Asigurarea medicală, ca urmare a accidentelor produse în urma practicării unui sport de sezon (de agrement) de către Asigurat, în străinătate pe durata asigurării.

2.16. În plus față de riscurile acoperite prin prezentele condiții, la recomandarea Companiei de asistență, se acoperă:

- transportul medical de urgență la cel mai apropiat spital de locul accidentului efectuat cu elicoambulanța sau pentru achiziționarea de medicamente.

- cheltuieli de evacuare ca urmare a unui accident produs ca urmare a practicării unor Sporturi de sezon.

2.17. Sunt acoperiți ca urmare a accidentelor produse în urma practicării unui sport de sezon (de agrement) și membrii familiei Asiguratului: soț/soție și maxim 3 copii minori numai dacă aceștia călătoresc în același scop și pe aceeași perioadă cu asiguratul, în limita maximă de despăgubire prevăzută la pct 5 din tabelul de mai sus -Family Cover.

RĂSPUNDERE CIVILĂ INDIVIDUALĂ

2.18. Răspundere civilă individuală – sunt acoperite eventuale prejudicii produse terților - vătămări corporale și/sau daune materiale - pe durata călătoriei în străinătate pe durata asigurării.

În baza prezentului contract de asigurare este acoperită răspunderea civilă a Asiguratului ca urmare a unor evenimente produse pe durata asigurării, cu condiția ca terța persoană păgubită să își valorifice pretențiile de despăgubire fie pe durata asigurării, fie în termenul legal de prescripție și Asiguratul să le notifice imediat Asigurătorului.

Asigurătorul acordă despăgubiri pentru cheltuieli de judecată făcute în procesul civil și pentru cheltuieli care decurg din răspunderea civilă delictuală a Asiguratului, în cazul pagubelor provocate în mod accidental de către acesta terților, în timpul călătoriei, pe durata asigurării.

Pagubele pot consta în:

- producerea de vătămări corporale, în mod accidental, unor terțe persoane, care nu sunt membri ai familiei sau prepuși ai Asiguratului, nu sunt însoțitori ai Asiguratului pe parcursul călătoriei sau care nu sunt angajați de către Asigurat în acest scop;
- pierderea sau distrugerea oricărui tip de proprietate care nu aparține, nu este în responsabilitatea și nu este sub controlul Asiguratului sau al oricărui membru al familiei acestuia, prepușilor Asiguratului, oricărui însoțitor al Asiguratului în timpul călătoriei.

Se acordă despăgubiri numai dacă sunt îndeplinite, cumulativ, următoarele condiții:

- prejudiciul suferit de terța persoană să fi fost cauzat de o faptă culpabilă a Asiguratului, produsă pe durata asigurării;
- între fapta culpabilă și prejudiciul produs terței persoane să existe o legătură de cauzalitate;
- prejudiciul să fie indemnizabil, adică să aibă un caracter cert, actual, să fie personal și direct ;

Asigurătorul plătește despăgubiri doar pentru faptele ilicite sau seria de fapte ilicite din culpă în perioada de valabilitate a contractului de asigurare și numai dacă prejudiciile materiale sau seria de prejudicii materiale aduse terților s-au produs în durata asigurării.

Răspunderea asumată de Groupama Asigurări S.A nu va depăși în total pe durata asigurării, în legătură cu toate prejudiciile suferite de terțe persoane, consecințe ale tuturor evenimentelor asigurate produse pe durata asigurării, limita maximă a răspunderii, prevăzută în Poliță/Certificat.

Asigurătorul este îndreptățit să își exercite orice drept în a-și apăra interesele sau pentru a obține o înțelegere în ceea ce privește un eveniment asigurat. De asemenea, poate să aplice procedurile necesare în numele Asiguratului și/sau în beneficiul său, aceste acțiuni desfășurându-se împotriva oricărei părți implicate. Asiguratul trebuie să ofere toate informațiile și ajutorul necesare, pe care Asigurătorul le solicită.

Asiguratul are obligația să opună terței persoane toate apărărilor pe care le poate formula și să nu renunțe la niciun drept și la nicio prescripție în favoarea sa. În caz contrar, Asigurătorul are dreptul de a nu acorda Indemnizația de asigurare dacă prin formularea apărării, exercitarea dreptului sau invocarea prescripției Asiguratul nu ar mai fi fost obligat să repare prejudiciul.

3. ÎNCHEIEREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

3.1. Asigurarea se încheie la data completării Formularului de aderare și eliberarea certificatului de asigurare. Perioada asigurată este de 1 an în care se pot efectua călătorii multiple în străinătate de maxim 30 de zile consecutive în scop business și/sau turistic. Cu prelungire automată pe durata de valabilitate a cardului de credit Standard cu rate la cumpărături .

3.2. Criterii de eligibilitate:

Pentru ca o persoană să fie considerată eligibilă trebuie îndeplinite următoarele condiții:

- respectiva persoană să fie deținător de card de credit Standard cu rate la cumpărături
- să aibă vârsta cuprinsă între minim 18 ani la începutul perioadei de asigurare și maxim 70 de ani la sfârșitul perioadei de asigurare;
- să fie achitată prima de asigurare de către Asigurat către Groupama Asigurări S.A. conform prevederilor contractuale;
- să se deplaseze în străinătate travel/business, în călătorii cu o durată de maxim 30 de zile consecutive.

**4. ÎNCEPEREA ȘI ÎNCETAREA CONTRACTULUI DE ASIGURARE
PREVEDERI GĂNERALE**

4.1. Asigurarea intră în vigoare la data indicată în Certificatul de asigurare, dar nu înainte de plata primei de asigurare și de trecerea frontierei României/țării de cetățenie/țării de reședință.

4.2. Contractul de asigurare încetează conform art. 4.7, sau odată cu trecerea frontierei în România/țara de cetățenie/țara de

reședință, oricare dintre acestea survine mai repede. În cazul în care pe parcursul valabilității poliței se înregistrează călătorii multiple în străinătate, asigurarea nu produce niciun fel de efecte pentru evenimentele produse pe teritoriul României sau al țării de cetățenie/rezidență.

4.3. Dacă o îmbolnăvire sau un accident survine în timpul deplasării în străinătate necesită tratament și după încheierea duratei asigurării, Asigurătorul va extinde perioada de acoperire a cheltuielilor cu asistența medicală și cu repatrierea cu până la 30 de zile, în limita Sumei asigurate. În această situație, Asiguratul trebuie să demonstreze că transportul la domiciliul/reședința din România/țara de cetățenie/rezidență nu a fost posibil.

4.4. Contractul de asigurare poate fi denunțat unilateral de părțile contractante cu respectarea unui termen de preaviz de minim 20 de zile calendaristice calculate de la data primirii notificării de cealaltă parte.

4.5. În cazul denunțării contractului de către Asigurat, dacă termenul de preaviz se îndeplinește înainte de data de început a asigurării specificată în Poliță, Asigurătorul va restitui acestuia prima de asigurare, în baza solicitării sale scrise transmisă anterior datei de început a asigurării.

4.6. În cazul denunțării contractului de Asigurat, după data de început a asigurării specificată în poliță, returul de primă se va efectua în baza solicitării scrise a Asiguratului și a dovezii de anulare/întrerupere a călătoriei, înainte de data expirării asigurării, numai dacă nu a fost avizat niciun risc asigurat până la acea dată. Astfel, se va plăti diferența de primă rămasă de la data înregistrării actului unilateral de denunțare și până la data de expirare a contractului de asigurare (pro-rata). După data înregistrării declarației unilaterale de denunțare la Asigurător, niciun risc produs ulterior nu va mai fi acoperit prin Contractul de asigurare.

4.7. Contractul de asigurare încetează și în următoarele cazuri:

- a) La data decesului Asiguratului.
- b) La data plății întregii indemnizații de asigurare pentru cel puțin un Asigurat sau mai mulți (în cazul contractelor de grup), conform Sumelor asigurate și Limitelor de răspundere/despăgubire.
- c) Prin rezilierea de către oricare dintre părți, în condițiile dreptului comun.
- d) Prin desființarea de drept în cazul în care, înainte ca obligația Asigurătorului să înceapă a produce efecte, riscul asigurat s-a produs ori producerea acestuia a devenit imposibilă, sau dacă, după ce obligația menționată a început să producă efecte, intervenirea riscului asigurat a devenit imposibilă. În acest caz, Asiguratul/ este îndreptățit să recupereze prima de asigurare achitată proporțional cu perioada neexpirată a Contractului de asigurare (pro-rata), dar numai în cazurile în care nu s-au plătit ori nu se datorează despăgubiri pentru evenimente produse pe durata asigurării.
- e) la data ieșirii din grupul asigurat, pentru Asiguratul respectiv – în cazul asigurărilor de grup.
- f) la data producerii evenimentului asigurat pentru Asigurarea privind anularea călătoriei
- g) în cazul neplății primei de asigurare
- h) în cazul închiderii la inițiativa clientului sau a Băncii, a Cardului de Credit Standard cu rate la cumpărături.

ASIGURAREA DE PROTECȚIE PRIVIND ANULAREA CĂLĂTORIEI (STORNO)

4.8. Răspunderea Asigurătorului, pentru fiecare călătorie, începe în momentul îndeplinirii cumulative a următoarelor condiții:

- a) cu maximum 30 de zile anterior datei de plecare în călătorie;
- b) după data semnării contractului de achiziție a pachetului de servicii de călătorie;
- c) după data rezervării biletelor de avion, acceptate și înregistrate de operatorul de transport aerian sau de tour operator;
- d) după data achitării de către Asigurat direct către furnizorii de servicii de călătorie prin internet;
- e) după achitarea primei de asigurare de către Asigurat.

4.9. Răspunderea Asigurătorului încetează în una din situațiile următoare, indiferent care dintre acestea intervine mai întâi, pentru fiecare vacanță:

- a) la începerea derulării pachetului de servicii de călătorie, conform contractului de achiziționarea acestuia, în cazul riscului de anulare a contractului de comercializare a pachetului de servicii de călătorie sau la data plecării în sejur, conform cu rezervările făcute de Asigurat direct de la Furnizorii de servicii de călătorie prin internet, precum și la data și ora decolării cursei aeriene programate pentru biletele de avion;
- b) în cazul cesionării de către Asigurat a contractului de achiziționare a pachetului de servicii de călătorie unei terțe persoane;
- c) la data încetării înainte de termen (prin reziliere/denunțare) a contractului de achiziționare a serviciilor de călătorie;
- d) la data plății indemnizației pentru riscul asigurat;
- e) după primele două evenimente asigurate înregistrate de pe durata asigurării.

4.10. În cazul producerii evenimentului asigurat prin prezenta Asigurare, acoperirea oricărui alt risc asigurat prin contractul de asigurare încetează.

5. PRIMA DE ASIGURARE

5.1. Prima de asigurare se plătește pentru perioada de un an la momentul încheierii asigurării, și este cea precizată în Certificatul de asigurare .

5.2. Prima de asigurare va fi plătită anticipat și integral prin retragerea acestei valori din soldul cardului de credit Standard cu rate la cumpărături, cu acordul Asiguratului. Ulterior aceasta se percepe anual din soldul cardului de credit Standard cu rate la cumpărături, la data aniversării asigurării, fără notificare prealabilă a asiguratului.

5.3. Asiguratul este răspunzător de plata primelor de asigurare.

6. MODALITATEA ȘI TERMENUL DE PLATĂ A INDEMNIZAȚIILOR PREVEDERI GENERALE

6.1. În caz de producere a riscurilor asigurate, Asiguratul sau împuternicitul acestuia are obligația:

- să contacteze Asigurătorul la numărul de telefon înscris pe Certificatul de asigurare, în maxim 48 de ore de la producerea riscului asigurat; Asigurătorul va direcționa Asiguratul la Compania de asistență, în funcție de natura riscului asigurat produs;

- să furnizeze datele din Certificatul de asigurare precum și informații referitoare la evenimentul produs;

- să urmeze indicațiile Companiei de asistență medicală/rutieră;

- să prezinte personalului medical Certificatul de asigurare.

6.2. Dacă Asiguratul nu respectă obligațiile de mai sus sau indicațiile Companiei de asistență, Asigurătorul poate să refuze plata Indemnizației de asigurare dacă din acest motiv nu a putut stabili cauza producerii evenimentului asigurat și întinderea pagubei.

6.3. Asigurătorul poate achita contravaloarea cheltuielilor medicale, în locul Asiguratului, prin intermediul Companiei de asistență. În caz contrar, Asiguratul va achita direct contravaloarea serviciilor medicale și, apoi, va solicita Indemnizația de asigurare corespunzătoare de la Asigurător.

6.4. Asigurătorul nu răspunde de întârzierile în executarea serviciilor convenite în caz de greve, explozii, revolte, mișcări populare, restricții de liberă circulație, sabotaje, acte teroriste, război civil sau război, consecințe ale surselor de radioactivitate sau de orice alt caz de forță majoră.

6.5. În cazul în care nu este urmată procedura de la punctul 6.1. și există o justificare pentru nerespectarea ei, Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare după ce Asiguratul/Beneficiarul:

- va proba legitimitatea de a obține Indemnizația de asigurare;

- va preda Asigurătorului toată documentația cerută de acesta, în original, în termen de maxim 30 zile de la data producerii evenimentului asigurat. Documentele emise într-o limbă străină vor fi însoțite de traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de către Asigurat.

ASIGURAREA MEDICALĂ

6.6. Notele de plată/chitanțele vor fi însoțite de rapoarte medicale complete, pentru tratamentul medical, care trebuie să cuprindă:

- numele persoanei tratate;

- cauza și diagnosticul stabilit;

- detalii asupra tratamentului medical administrat sau a serviciului medical prestat și data efectuării acestora.

6.7. Rețetele medicale prescrise trebuie să fie însoțite de documentele doveditoare ale plății medicamentelor achiziționate.

6.8. În cazul spitalizării se va prezenta și fișa de externare alături de notele de plată pentru tratamentul administrat.

6.9. Dacă riscul asigurat s-a produs ca urmare a unui accident, se va prezenta și actul eliberat de autoritățile competente (dacă este cazul).

6.10. În cazul tratamentului dentar, notele de plată/chitanțele trebuie să conțină informații privind dinții tratați, tratamentul aplicat și cauza care a determinat necesitatea intervenției.

6.11. În cazul transportului (care nu a fost organizat de Compania de asistență) Asiguratului la domiciliu, cheltuielile se vor justifica pe baza chitanțelor (biletelor)/facturilor/bonurilor fiscale, precum și a declarației medicului cu precizarea diagnosticului și a necesității, din punct de vedere medical, a efectuării transportului.

6.12. În cazul transportului corpului neînsuflețit al Asiguratului, cheltuielile efectuate în străinătate legate de acest risc, se vor justifica pe baza chitanțelor și a certificatului de deces cu indicarea de către medic a cauzelor decesului.

6.13. În acest caz, solicitarea Indemnizației de asigurare trebuie transmisă Asigurătorului cel mai târziu după 30 de zile de la producerea riscului asigurat/întoarcerea în țară.

ASIGURAREA DE PROTECȚIE PRIVIND ANULAREA CĂLĂTORIEI (STORNO)

6.14. Pe baza cererii de despăgubire și a documentelor justificative depuse, Asigurătorul întocmește și instrumentează dosarul de daună. Asiguratul va notifica Asigurătorul cu minim 24 ore și maximum 30 de zile anterior datei de plecare în călătorie.

6.15. Despăgubirea reprezintă nivelul penalităților reținute de Agenția de turism conform clauzelor contractului de comercializare a pachetului de servicii de călătorie sau penalitățile impuse de furnizorii de servicii de călătorie în cazul achizițiilor făcute direct de Asigurat prin internet, dar nu mai mult decât suma asigurată precizată în contractul de asigurare.

6.16. În cazul în care suma asigurată a fost stabilită în valută și plata primelor de asigurare a fost efectuată în lei, indemnizația se va plăti în lei la cursul de referință comunicat de B.N.R

6.17. Lipsa contractului de achiziționare a pachetului de servicii de călătorie dintre agenția de turism și Asigurat sau a biletului de avion ori lipsa dovezii rezervării și plății făcute online sau retragerea Asiguratului din cadrul unui asemenea contract din alte cauze decât cele precizate în condițiile de asigurare, permite Asigurătorului să refuze plata despăgubirii.

6.18. În cazul în care Asiguratul nu poate participa la călătorie și transferă Contractul de comercializare a serviciilor de călătorie unei terțe persoane, Asiguratorul nu va acorda despăgubirea Asiguratului.

6.19. În cazul în care Asiguratul nu poate utiliza biletele de avion pentru cursele de linie și revinde respectivele bilete sau obține preschimbarea/reprogramarea lor, Asigurătorul nu va plăti despăgubiri pentru respectivele curse.

ASIGURAREA PENTRU ÎNTRERUPEREA/EXTINDEREA CĂLĂTORIEI

6.20. În vederea obținerii indemnizației de asigurare pentru întreruperea călătoriei, Asiguratul va depune la sediul Asigurătorului următoarele documente justificative:

- a) Formular avizare daună;
- b) Biletul de avion cumpărat suplimentar;
- c) Toate documentele justificative, inclusiv cele pentru cheltuielile efectuate de Asigurat (facturi, bonuri fiscale, etc.)

ASIGURAREA PENTRU SPORTURI DE SEZON

6.21. Se păstrează aceeași modalitate și termen de plată al indemnizațiilor ca și la ASIGURAREA MEDICALĂ și se aplică pentru cazurile în care se practică sporturile de sezon, așa cum sunt definite în prezentele condiții.

RĂSPUNDERE CIVILĂ INDIVIDUALĂ

6.22. În cazul pagubelor produse la bunuri, despăgubirile nu pot depăși valoarea acestora la data producerii evenimentului asigurat. Astfel, despăgubirile reprezintă costul reparației, refacerii ori restaurării bunurilor avariate sau costul procurării unor bunuri asemănătoare celor avariate (din punct de vedere tehnic și al vechimii) din care se scade uzura și/sau valoarea resturilor care se pot valorifica.

6.23. Urmare a producerii evenimentului asigurat, Asiguratul va prezenta Asigurătorului:

- devizul lucrărilor de reparații a pagubelor produse la clădiri sau alte construcții, mașini, instalații, utilaje etc., inclusiv cheltuielile de demontare și montare necesare acestor lucrări;
- proiectul clădirii sau construcției avariate sau distruse;
- inventarul bunurilor existente înainte de producerea evenimentului și al celor rămase după producerea evenimentului precum și gradul de avariere;
- alte acte: procese verbale de recepție, facturi, documente de transport etc.

6.24. Quantumul despăgubirii nu va depăși limita maximă a răspunderii, indiferent dacă paguba înregistrată este totală sau parțială. În situația în care evenimentul asigurat a avut drept urmare atât pagube materiale cât și vătămarea de persoane, întăietate va avea despăgubirea persoanelor vătămăte, în timp ce despăgubirea pentru pagubele materiale se va efectua până la concurența limitei maxime a răspunderii.

6.25. În cazul vătămărilor corporale despăgubirile reprezintă, în limita răspunderii asumate de Asigurător, cheltuielile necesare restabilirii sau ameliorării stării de sănătate, neacoperite de sistemele de asigurare socială, efectuate de persoana prejudiciată, precum și pierderile de venit net suferite de persoana respectivă pe perioada de la producerea accidentului până la refacerea capacității de muncă.

6.26. În cazul decesului despăgubirile vor acoperi, în limita răspunderii asumate de Asigurător:

- a) cheltuielile de înmormântare efectuate în străinătate, pe baza înscrisurilor doveditoare;
- b) cheltuielile de transport, justificate cu acte, din localitatea unde a avut loc decesul până la localitatea în care se face înmormântarea;
- c) veniturile nete nerealizate și eventualele alte cheltuieli făcute (dacă au fost cauzate de accident) în perioada de la data producerii evenimentului asigurat până la data decesului;
- d) prestații bănești periodice (pensii de întreținere) celor îndreptățiți, potrivit legii.

6.27. Dacă se stabilește, printr-o hotărâre judecătorească rămasă definitivă, ca despăgubirea să fie achitată sub formă de prestații bănești periodice (pensii de întreținere), Asigurătorul va plăti suma stabilită în aceste condiții. Dacă ulterior intrării în vigoare a obligațiilor de plată ale Asigurătorului și până la epuizarea Sumei asigurate starea persoanei vătămate s-a îmbunătățit, iar cuantumul despăgubirii inițiale nu se mai justifică, Asigurătorul poate, fie să reducă despăgubirea, fie să înceteze a o plăti.

ALTE PREVEDERI

6.28. Pentru oricare dintre riscurile asigurate produse, Asigurătorul poate solicita orice alte documente pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al despăgubirii.

6.29. Dacă solicitarea Indemnizației de asigurare este frauduloasă sau în mod evident exagerată, ori contractul are la bază declarații false, Asigurătorul are dreptul să rezilieze contractul de asigurare și să refuze plata Indemnizației de asigurare.

6.30. Începerea procedurii de stabilire și evaluare a drepturilor din asigurare nu constituie o recunoaștere a obligației de plată a Indemnizației de asigurare.

6.31. În cazul plății indemnizației de asigurare către Asigurat sau Beneficiarii lui, aceasta se va face în LEI, la cursul de schimb BNR al zilei în care s-a emis chitanța/nota de plată, după cel mult 15 zile de la data depunerii ultimului document solicitat de Asigurator sau de către Compania de asistență medicală sau Asigurat, după caz.

6.32. Asiguratul poate renunța oricând la asigurare prin completarea unei cereri de renunțare și notificarea BRD.

7. EXCLUDERI

7.1. În cazul ASIGURĂRII MEDICALE, Asigurătorul nu va plăti Indemnizația de asigurare pentru cheltuieli ocazionate de:

a) orice condiție pre-existentă cu excepția unui prim serviciu organizat exclusiv de Compania de asistență medicală pentru măsuri de urgență medicală, salvarea vieții Asiguratului sau calmarea durerilor acute în limita sumei de 500 euro. În cazul în care Asiguratul se află în imposibilitatea apelării Companiei de asistență, iar riscul asigurat se produce din cauza unei condiții pre-existente, se va plăti o indemnizație de maximum 500 euro, pe baza documentelor justificative prezentate de Asiguratorului la întoarcerea în țară. Pentru Asigurații cu vârsta mai mare de 75 ani, condițiile pre-existente nu vor fi acoperite de prezenta asigurare.

b) consultația, investigația medicală, tratamentul determinat de boli sau accidente care sunt în legătură directă sau indirectă, total sau parțial cu:

- evenimente de război de orice fel (declarat sau nu), revolte, rebeliuni, revoluții, acte de terorism, evenimente militare, tulburări civile;
- acte de violență petrecute cu prilejul unei adunări publice/demonstrații sau orice acțiuni întreprinse pentru a preveni, controla sau suprima unul dintre evenimentele enumerate mai sus;

c) îmbolnăvirea /accidentarea produsă ca urmare a participării Asiguratului la:

- orice tip de sport de sezon, cu excepția cazului în care Contractantul a optat pentru Asigurarea suplimentară "Sporturi de sezon"
- sporturi sau activități considerate periculoase cum ar fi: alpinismul, parașutismul, planorismul, zborul cu parapanta, acrobația, cascadoria, deltaplanorism, bungee-jumping, scufundări libere la adâncime mai mare de 30 m sau sub strat de gheață, vânătoare, speologie, bobsleigh, sanie, off-road. Enumerarea de mai sus nu este limitativă și nici exhaustivă;

d) asistența medicală acordată în cazul comiterii sau încercării de a comite, cu intenție, de către Asigurat a unor acțiuni violente sau pedepsite de legea penală în țara în care a avut loc evenimentul;

e) asistența medicală acordată în cazul îmbolnăvirilor și/sau accidentelor ca urmare a consumului de alcool, droguri, medicamente nerecomandate de medic;

f) sinucidere, asistență medicală în cazul tentativei de sinucidere, vătămarilor sau îmbolnăvirilor produse prin acțiunea proprie a Asiguratului;

g) îndepărtarea defectelor fizice (tratamente cosmetice, operații estetice etc.) și a anomaliilor congenitale;

h) consultația, investigația medicală, tratamentul pentru orice afecțiune psihiatrică, psihoterapeutică sau neurologică;

i) recuperare, convalescență și fizioterapie;

j) asistența medicală pentru graviditate, naștere, avortul (inclusiv avort terapeutic), întreruperea voluntară a sarcinii, examinarea și tratamentul împotriva sterilității, precum și fecundarea artificială. Se vor plăti numai cheltuielile medicale de urgență în scopul salvării vieții mamei și/sau copilului, în limita maximă de 500 euro numai dacă primul serviciu este organizat exclusiv de Compania de asistență medicală;

k) tratarea bolilor cu transmitere sexuală, a infecției cu HIV, SIDA și consecințele acestora;

l) asistența medicală acordată de rudele Asiguratului;

m) asistența medicală acordată de homeopați, medici naturaliști, proceduri medicale de investigare sau de tratament cu

- caracter experimental, specifice cercetării medicale, precum și consecințele acestora;
- n) transplantul de organe;
 - o) achiziționarea/repararea de: ochelari, lentile de contact, proteze auditive, proteze dentare, proteze ale membrilor, scaune/cărucioare invalizi;
 - p) vaccinări și complicațiile acestora;
 - q) controalele medicale de rutină;
 - r) asistența medicală acordată Asiguratului în cazul infestării radioactive ca urmare a radiațiilor provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice, accident nuclear sau explozie atomică;
 - s) asistența medicală datorată unei epidemii sau pandemii recunoscută oficial în țară/țările în care călătorește Asiguratul;
 - t) călătoriile în scopul obținerii unor tratamente, îngrijiri, intervenții chirurgicale - considerate cereri abuzive;
 - u) boli sau accidente rezultate în urma desfășurării unor activități ce nu corespund cu scopul declarat al călătoriei;
 - v) refuzul Asiguratului de a urma recomandarea medicului de repatriere medicală;
 - w) zborul în calitate de pasager, pilot sau membru al echipajului unui aparat de zbor, altul decât cel aparținând unei societăți autorizate de transporturi aeriene de persoane;
 - x) vizita într-o țară în care există o situație de forță majoră;
 - y) orice eveniment asigurat produs pe teritoriul României, țării de cetățenie/reședință excepție cele pentru care este acoperit și le-a achiziționat prin Asigurări suplimentare;

7.2. Asigurătorul nu va plăti Indemnizația de asigurare, în cazul refuzului Asiguratului de a respecta instrucțiunile echipei medicale, acest lucru ducând la pierderea dreptului la serviciile garantate prin polița de asigurare și implicit pierderea drepturilor sale în calitate de Asigurat.

7.3. Asigurătorul nu va plăti Indemnizația de asigurare în cazul în care Asiguratul a necesitat asistență medicală ca urmare a:

- a) desfășurării unor activități cu caracter militar în străinătate;
- b) oricărui activități sportive neacoperite prin prezenta asigurare cu excepția cazurilor în care acest lucru a fost specificat expres în polița sau în certificatul de asigurare și cu condiția plății unei prime suplimentare.

7.4. Asigurătorul nu va plăti Indemnizația de asigurare în cazul în care Asiguratul a avut un accident rezultat din practicarea oricărui sport cu titlu de profesionist sau în cadrul unor competiții, manifestări sau antrenamente, exceptând cazul în care Contractantul a optat pentru scopul Sport profesionist, competiții/antrenamente.

ASIGURAREA DE PROTECȚIE PRIVIND ANULAREA CĂLĂTORIEI (STORNO)

GROUPAMA ASIGURĂRI S.A. nu acordă despăgubiri pentru:

7.5. Pretențiile pentru sume pe care Asiguratul are dreptul să le recupereze de la Agenția de turism conform clauzelor precizate în Contractul de comercializare a pachetelor de servicii de călătorie sau direct de la unitatea de cazare, transport;

7.6. Pretențiile pentru rambursarea sumelor reprezentând valoarea biletelor de călătorie, dacă anularea călătoriei se datorează imposibilității companiei de a onora serviciile de transport;

7.7. Cheltuielile efectuate de Asigurat înaintea începerii derulării pachetului de servicii, care nu au fost incluse în prețul pachetului de servicii de călătorie (taxe de viză, de aeroport, asigurări medicale de călătorie, vaccinări, etc.);

7.8. Anularea călătoriei din cauza nevaccinării sau din cauza consecințelor vaccinării obligatorii;

7.9. Neefectuarea călătoriei din cauza neacordării vizei de intrare în țara de tranzit sau de destinație;

7.10. Neefectuarea călătoriei din cauza primirii unei citații într-o cauză în care Asiguratul are calitate procesuală de reclamant sau într-o cauză care formează obiectul unei căi de atac, dacă citația a fost emisă anterior achiziționării pachetului de servicii de călătorie/biletului de avion;

7.11. Situațiile de forță majoră;

7.12. Costurile consecutive unei modificări a datei plecării, cu excepția situației în care modificarea datei plecării este determinată de producerea unui risc asigurat;

7.13. Nerespectarea de către Asigurat a clauzelor Contractului de asigurare sau ale Contractului de comercializare a pachetului de servicii de călătorie;

7.14. Riscurile produse înaintea încheierii Contractului de comercializare a pachetului de servicii de călătorie ori a rezervărilor făcute de Asigurat direct de la Furnizorii de servicii de călătorie prin internet;

7.15. Anularea călătoriei ca urmare a oricărei majorări a tarifelor aferente serviciilor achiziționate fie prin Contractul de comercializare a serviciilor de călătorie, fie prin rezervările făcute de Asigurat direct de la Furnizorii de servicii de călătorie prin internet;

7.16. Anulările călătoriilor datorate:

- bolilor Asiguratului, diagnosticate anterior datei de intrare în asigurare;
- bolilor psihice și bolilor alergice;
- denunțării de către agenția de turism a contractului de achiziționare a pachetului de servicii de călătorie;

- evenimentelor și bolilor produse ca urmare a consumului de alcool și droguri;
- unor intervenții chirurgicale planificate și amânate;
- penalizărilor aplicate/pierderilor suferite ca urmare a modificării datei de început a derulării pachetului turistic;
- sumelor rezultate din majorarea tarifelor aferente serviciilor achiziționate prin Contractul de achiziționare a pachetului de servicii de călătorie;
- Certificatelor emise ulterior datei de încheiere a Contractului de achiziționare a pachetului turistic/documentelor de călătorie;
- conducerii Asiguratului, în cazul în care Asiguratul este ruda de gradul I sau II cu administratorul/acționar al firmei angajatoare;
- insolabilitatea Agenției de turism/Furnizorului de servicii de călătorie prin internet/electronic;
- modificărilor beneficiarilor în pachetul de servicii de călătorie, fără ca Asiguratorul să fi fost înștiințat despre aceste modificări.

ASIGURAREA PENTRU SPORTURI DE SEZON

7.17. Pe lângă excluderile precizate la pct. **7.1,7.3.** din această asigurare sunt excluse accidentele produse în urma practicării de sărituri cu schiurile, sărituri cu snowboard-ul, precum și a practicării unui sport de agrement de sezon în următoarele condiții:

- a) fără a folosi echipamente/dotări corespunzătoare.
- b) într-un perimetru special amenajat pentru practicarea respectivei activități la nivel amator.

ASIGURAREA PENTRU ÎNTRERUPEREA/EXTINDEREA CĂLĂTORIEI

7.18. Excluderile menționate la Asigurarea medicală de mai sus, se aplică și acestei asigurări.

ASIGURAREA DE RĂSPUNDERE CIVILĂ INDIVIDUALĂ

7.19. Asiguratorul nu va plăti Indemnizația de asigurare în cadrul Asigurării de răspundere civilă legală individuală pentru:

- Răspunderea Asiguratului față de terți care se declanșează ca urmare sau în legătură cu un act deliberat sau criminal;
- Răspunderea pentru daune provocate terților de membrii familiei Asiguratului, rude de până la gradul IV ale acestuia, prepuși sau salariați ai acestuia;
- Răspunderea pentru daune provocate de Asigurat membrilor familiei sale, rudelor de până la gradul IV, prepușilor sau salariaților săi;
- Răspunderea pentru daune provocate terților de animale ale Asiguratului;
- Prejudicii de care răspunde Asiguratul în legătură cu:
 - a) Orice autovehicul sau vehicul (inclusiv remorca trasă de acesta), înmatriculat, înmatriculabil sau neînmatriculabil,
 - b) Orice utilaj de construcții sau utilaj agricol,
 - c) Orice ambarcațiune, navă, hidroglisor sau alte instalații/echipamente plutitoare,
 - d) Orice aeronavă, planor, avion sau alte mijloace similare indiferent dacă Asiguratul este proprietar, l-a închiriat, împrumutat, utilizat, condus sau pilotat.
- Răspunderea pentru daune cauzate terților rezultând din organizarea, pregătirea sau participarea la o competiție organizată de o federație sportivă, indiferent dacă aceasta este sau nu autorizată și asigurată sub efectul legii;
- Răspunderea pentru daune provocate terților în cursul desfășurării de activități profesionale sau în cursul participării la o activitate organizată de o asociație profesională, instituție sau colectivitate;
- Răspunderea civilă profesională și/sau contractuală;
- Răspunderea civilă ce ar putea surveni urmare a unui incendiu, explozii sau a unei deversări/revărsări de ape;
- Amenzile contravenționale, penale sau de orice altă natură;
- Orice situație care este o consecință a răspunderii pe care Asiguratul o are ca rezultat al unei înțelegeri făcute de către acesta cu persoana prejudiciată, răspundere care nu s-ar aplica în cazul absenței înțelegerii respective;
- Răspunderea pentru prejudicii apărute ca urmare a infestării cu și/sau răspândirii oricăror boli contagioase;
- Răspunderea pentru Daune produse terților sub influența consumului de alcool, al substanțelor ilegale sau substanțelor narcotice sau medicamentelor care nu au fost prescrise, în prealabil, de vreo autoritate medicală;
- Răspunderea pentru prejudicii apărute ca urmare a desfășurării de competiții și/sau competiții sportive/sporturi extreme precum vânătoare, automobilism, motociclism și/sau alpinism, box, polo, parasutism, deltaplanarism și/sau scufundări subacvatice, folosind un aparat de respirație;

- Orice răspundere de natură contractuală sau în legătură cu orice contract;
- Răspunderea pentru daune apărute ca urmare a participării Asiguratului la demonstrații de stradă, tulburări civile, greve, manifestații ilegale sau acte de terorism.
- Răspunderea pentru daune produse terților ca rezultat al:
 - deținerii sau utilizării unui avion, unor vehicule tractate de cai sau mecanice/motorizate, biciclete, vase maritime (altele decât bărci cu rame, pontoane sau canoe), animale sau arme de foc;
 - ocupării (exceptând situația temporară în scopul călătoriei) sau deținerii în proprietate de teren sau clădiri;
 - desfășurării unei activități comerciale, exercitării unei profesii, prestării unei munci manuale sau a unei ocupații întâmplătoare;
- Răspunderea în calitate de angajator sau sub incidența oricărui alt contract sau oricărei polițe de asigurare;
- Răspunderea pentru daune morale;
- Pierderi financiare de consecință (indirecte);
- Pierderi financiare pure;
- Amenzi și/sau penalități de orice tip, inclusiv despăgubiri cu caracter punitiv.

8. RESPONSABILITĂȚILE ASIGURATULUI

- 8.1.** Asiguratul este obligat să anunțe Asigurătorul la producerea riscului asigurat conform art. 6.1.
- 8.2.** Asiguratul este obligat să furnizeze Asigurătorului toate datele și documentele necesare stabilirii cuantumului Indemnizației de asigurare/despăgubirii. Asiguratul va trebui să dovedească în mod expres data reală de începere a călătoriei.
- 8.3.** Prin prezentele condiții, Asiguratul împuternicește Asigurătorul să obțină de la medicii curanți datele privind istoricul medical, starea de sănătate și tratamentul aplicat, dezlegându-i de secretul profesional.
- 8.4.** Asiguratul, rudele sale, reprezentanții legali, trebuie să consimtă la examinarea medicală a Asiguratului de către medicii agreați de Asigurător.
- 8.5.** Asiguratul trebuie să se informeze despre vaccinurile obligatorii pentru zona în care urmează să călătorească, precum și cele recomandate ca necesare de autoritățile locale și să le efectueze.
- 8.6.** În cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 8.1-8.5, Asigurătorul poate să refuze plata Indemnizației de asigurare dacă nu a putut stabili cauza producerii riscului asigurat și/ sau întinderea pagubei.
- 8.7.** Intermediarul se obligă să comunice tuturor membrilor grupului asigurat, prevederile prezentului contract de asigurare și orice alte prevederi agreeate între părți pe toată durata Contractului de asigurare de grup.

RESPONSABILITĂȚILE ASIGURATULUI în cazul ASIGURĂRII DE RĂSPUNDERE CIVILĂ INDIVIDUALĂ

- 8.8.** Să ia toate măsurile necesare pentru a preveni producerea pagubelor, precum și pentru limitarea acestora, în conformitate cu prevederile legale.
- 8.9.** În cazul producerii evenimentului asigurat, Asiguratul trebuie să comunice Asigurătorului dacă există și alte polițe de asigurare care acoperă aceeași răspundere, la asigurători diferiți. Asiguratul trebuie să declare numele celorlalți asigurători, fiecare asigurător fiind obligat la plată proporțional cu limita de răspundere/Suma asigurată și până la concurența acesteia, fără ca Asiguratul să poată încasa o despăgubire mai mare decât prejudiciul efectiv, consecință directă a riscului acoperit.
- 8.10.** La producerea riscului să ia pe seama Asigurătorului și în cadrul limitei la care s-a făcut asigurarea, potrivit cu împrejurările, măsuri pentru limitarea pagubelor.
- 8.11.** Să înștiințeze imediat, în cazul producerii unor evenimente asigurate, după caz, autoritățile competente, poliția, pompierii, organele medicale, etc. solicitând acestora întocmirea de acte cu privire la cauzele și împrejurările producerii evenimentului asigurat.
- 8.12.** Să conserve locul producerii evenimentului, să păstreze părțile afectate și să le pună la dispoziția reprezentanților sau experților Asigurătorului pentru constatare.
- 8.13.** Să furnizeze toate informațiile, datele, istoricul, actele și documentele solicitate de Asigurător și să permită acestuia să facă investigații referitoare la cauza și mărimea pagubei.
- 8.14.** Să comunice Asigurătorului, în scris, pretențiile formulate de cei păgubiți și să depună orice acte primite în legătură cu producerea evenimentului asigurat.
- 8.15.** Să nu facă nicio ofertă, promisiune sau plată, fără acordul scris al Asigurătorului, în caz contrar acestea nefiind opozabile Asigurătorului.

8.16. Să se apere în proces ținând seama și de eventualele recomandări ale Asigurătorului, inclusiv în ceea ce privește angajarea unui apărător atât în primă instanță cât și în căile de atac. Asigurătorul, pentru o mai bună apărare a intereselor Asiguratului, poate folosi și calea intervenției, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

8.17. Asiguratul este obligat să conserve dreptul de regres al Asigurătorului împotriva celor vinovați de producerea daunei.

8.18. Dacă din cauza nerespectării de către Asigurat a obligațiilor de mai sus (8.8 -8.17), Asigurătorul nu a putut determina cauzele care au generat evenimentul asigurat sau cuantumul despăgubirii, aceasta are dreptul de a refuza plata despăgubirii.

8.19. Să nu renunțe la niciun drept și la nicio prescripție pe care o poate invoca în favoarea sa în raporturile cu terții prejudiciați.

9. MODIFICĂRI

Solicitarea de modificare a contractului de asigurare se poate efectua în perioada de valabilitate a acestuia, prin transmiterea de către Asigurat a cererii de modificare care constau în:

- a. schimbarea numelui Asiguratului, în baza actelor de stare civilă sau a hotărârilor judecătorești; Certificatul conținând modificările efectuate va fi transmisă Asiguratului, la solicitarea scrisă a acestuia, la adresa de corespondență;
- b. schimbarea adresei de corespondență, număr de telefon, adresa de mail a Asiguratului;

10. CORESPONDENȚA

10.1. Documentele ce au fost trimise Asigurătorului, în vederea încheierii Contractului de asigurare sau ulterior intrării lui în vigoare, au valoare juridică numai dacă au fost prezentate în formă scrisă semnate și datate și au fost înregistrate de Asigurător.

Toate solicitările Asiguratului sunt valabile începând cu data la care sunt înregistrate și acceptate de Asigurător. Formularele tipizate trebuie completate în totalitate și semnate de reprezentantul legal sau împuternicitul Asiguratului, având aplicată ștampila firmei dacă este cazul.

10.2. Adresa de corespondență a Asiguratului trebuie să fie pe teritoriul României.

10.3. În cazul în care Asiguratul își va schimba adresa de corespondență fără a înștiința în scris Asigurătorul, toată corespondența transmisă la ultima adresă comunicată de acesta va fi considerată valabilă și pe deplin opozabilă acestuia.

10.4. Dacă notificarea nu se poate transmite din cauză că Partea destinatară și-a schimbat adresa de notificare, fără să comunice acest lucru celeilalte Părți, sau în cazul respingerii sau refuzului de a primi notificarea (inclusiv în cazul lipsei de la adresa de corespondență și/sau al expirării termenului de păstrare a corespondenței), notificarea respectivă se consideră primită la data la care se constată imposibilitatea transmiterii acesteia sau refuzul de a primi notificarea.

Orice altă modalitate de comunicare (fax, e-mail, etc.) se va lua în considerare numai în măsura în care primirea este confirmată de către cealaltă parte, respectiv de către destinatarul comunicării.

11. PIERDEREA SAU DISTRUGEREA CERTIFICATULUI DE ASIGURARE

În caz de pierdere sau distrugere a Certificatului de asigurare, Asigurătorul va elibera o copie a acesteia/acestuia, la solicitarea scrisă a Asiguratului.

12. CHELTUIELI

12.1. Tarifele și comisioanele care se referă la plata primelor de asigurare, dacă sunt aplicabile, vor fi suportate de Asigurat. Tarifele și comisioanele care se referă la plata Indemnizațiilor de asigurare, dacă sunt aplicabile, vor fi suportate de cei îndreptățiți să le primească (în absența unei dispoziții legale contrarii).

12.2. Taxele și tarifele percepute de instituții (medic de familie, spital, IML, Poliție, Parchet etc.) pentru eliberarea documentelor solicitate de Asigurător în vederea încheierii/modificării Contractului de asigurare sau a plății Indemnizației de asigurare vor fi suportate de Asigurat/Beneficiar.

13. TERITORIALITATE

Asigurarea este valabilă astfel:

- Acoperirile de la punctele **1, 3, 4 și 5** din tabelul de mai sus sunt valabile în **întreaga lume** exceptând granițele teritoriale ale României, ale țării de cetățenie sau țării de reședință a Asiguratului.
- Acoperirea de la punctul **2** din tabelul de mai sus este valabilă doar în **România**.
- Acoperirea de la punctul **6** din tabelul de mai sus este valabilă doar în **Europa**, exceptând granițele teritoriale ale României, ale țării de cetățenie sau țării de reședință a Asiguratului.

14. PREVEDERI FINALE

14.1. Condițiile acestei asigurări sunt guvernate, se interpretează și se completează cu dispozițiile legale în materie din România și clauzele Contractului de asigurare. Legea aplicabilă contractului este legea română. În raporturile ce izvorăsc din asigurare, termenul de prescripție este conform legilor în vigoare.

14.2. Părțile au acordat de comun acord că prezentul Contract de asigurare de grup se încheie de către bancă, în calitate de Intermediar, exclusiv în numele și în contul persoanelor asigurate, deținători de carduri de credit STANDARD cu rate la cumpărături emise de Intermediar.

14.3. Societatea GROUPAMA ASIGURĂRI S.A este îndreptățită:

a) să amâne plata despăgubirii dacă împotriva Asiguratului a fost începută urmărirea penală pentru o infracțiune care ar avea o înrăurire determinantă asupra dreptului acestuia la încasarea indemnizației din asigurare;

b) să nu plătească despăgubirea în cazul în care cererea de despăgubire este frauduloasă ori are la bază declarații false, sau dacă Asiguratul sau orice altă persoană acționând în numele lui a contribuit în mod deliberat ori prin neglijență gravă la producerea pagubei.

14.4. În cazul existenței mai multor asigurări încheiate pentru același risc asigurat, fiecare Asigurator este obligat la plata proporțional cu suma asigurată și până la concurența acesteia, fără ca Asiguratul să poată încasa o despăgubire mai mare decât prejudiciul efectiv, consecință directă a riscului.

14.5. Dacă este necesar pentru scopul și natura Contractului de asigurare, există posibilitatea ca părțile contractante să introducă, de comun acord, prevederi diferite de cele menționate în prezentele Condiții de Asigurare, acestea trebuind să fie în acord cu legislația în vigoare.

14.6. În cazul denunțării sau rezilierii Contractului de asigurare, prevederile acestuia se aplică pentru toate cazurile de daună survenite înainte de denunțare sau reziliere, până la lichidarea definitivă a acestora.

14.7. Orice litigiu decurgând din sau în legătură cu acest contract, inclusiv referitor la încheierea, executarea ori desființarea lui, se va soluționa pe cale amiabilă. În măsura în care părțile nu ajung la o soluție de compromis, litigiul va fi supus instanțelor judecătorești competente din România.

14.8. Forța majoră exonerează părțile contractante de îndeplinirea obligațiilor asumate prin prezentul contract, pe toată perioada în care aceasta acționează. Forța majoră este constatată de o autoritate competentă.

Îndeplinirea contractului va fi suspendată în perioada de acțiune a forței majore, dar fără a prejudicia drepturile ce li se cuveneau părților până la apariția acesteia. Partea contractantă care invocă forța majoră are obligația de a notifica celeilalte părți, imediat și în mod complet, producerea acesteia și de a lua orice măsuri care îi stau la dispoziție în vederea limitării consecințelor. Dacă forța majoră acționează sau se estimează că va acționa o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte va avea dreptul să notifice celeilalte părți încetarea deplin drept a prezentului contract, fără ca vreuna dintre părți să poată pretinde celeilalte daune-interese.

14.9. În cazul constatării insolvenței Asiguratorului, Asiguratul/Beneficiarul asigurării se poate adresa Fondului de garantare conform Legii 213/2015.

14.10. Asiguratorul nu va acorda nici o garanție, nu va oferi nici un beneficiu, nu va fi obligat să plătească nici o sumă în temeiul prezentului contract, dacă astfel de beneficii sau o astfel de plată l-ar expune la o sancțiune, o interdicție sau o restricție prevăzută într-o rezoluție de către Organizația Națiunilor Unite, și / sau a sancțiunilor economice sau comerciale în temeiul legilor și reglementărilor adoptate de către Uniunea Europeană, Franța, Statele Unite ale Americii sau de orice lege națională care prevede astfel de măsuri.

14.11. Soluționarea petițiilor:

În toate cazurile de neînțelegeri apărute în legătură cu Asigurarea de călătorie, Persoana asigurată se poate adresa Contractantului, care va depune toate diligențele pentru rezolvarea situației apărute. În cazul neajungerii la un acord, Contractantul va transmite Asiguratorului documentele privind respectiva situație în vederea soluționării pe cale amiabilă. Acesta la rândul său va contacta Persoana asigurată pentru obținerea de informații suplimentare, în cazul în care cele transmise de către Contractant nu sunt suficiente pentru luarea unei decizii în legătură cu situația apărută. După obținerea tuturor informațiilor, Asiguratorul va informa Persoana asigurată și Contractantul despre decizia luată.

În situația în care Asiguratul / Beneficiarul menționat în Certificat de asigurare este nemulțumit cu privire la modul de încheiere, executare sau încetare a contractului de asigurare, acesta poate formula o petiție în vederea soluționării amiabile a situației. Avizarea și înregistrarea reclamațiilor se realizează:

- în scris, prin depunerea reclamației la sediul central sau în agențiile teritoriale ale Asigurătorului;
- prin intermediul serviciilor poștale sau prin curier ;
- prin fax sau telefonic, apelând Centrul de Relații Clienți Alo Groupama la numărul 0374 110 110 ;
- prin sistemul online de primire a petițiilor, la adresele de e-mail office@groupama.ro sau relatii.clienti@groupama.ro sau sesizari@groupama.ro;

Groupama Asigurări va răspunde cu privire la toate aspectele menționate în petiție în termen de cel mult 30 zile de la data înregistrării acesteia, printr-o adresă scrisă, comunicată pe adresa petentului.

Totodată, Asiguratul / Beneficiarul are dreptul de a se adresa Autorității de Supraveghere Financiară.

Formularea unei petiții de către Asigurat / Beneficiar nu aduce atingere dreptului acestuia de a sesiza instanțele de judecată competente.

14.12. Soluționare alternativă a litigiilor:

În toate cazurile de neînțelegeri apărute în legătură cu Asigurarea de călătorie, Persoana asigurată se poate adresa Contractantului, care va depune toate diligențele pentru rezolvarea situației apărute. În cazul neajungerii la un acord, Contractantul va transmite Asigurătorului documentele privind respectiva situație în vederea soluționării pe cale amiabilă. Acesta la rândul său va contacta Persoana asigurată pentru obținerea de informații suplimentare, în cazul în care cele transmise de către Contractant nu sunt suficiente pentru luarea unei decizii în legătură cu situația apărută. După obținerea tuturor informațiilor, Asigurătorul va informa Persoana asigurată și Contractantul despre decizia luată.

În cazul apariției unor eventuale dispute între părțile contractului de asigurare, ce nu au putut fi soluționate pe cale amiabilă, ASIGURATUL / CONTRACTANTUL / BENEFICIARUL persoană fizică, în calitate de consumator, poate apela la soluționarea alternativă a litigiului în conformitate cu prevederile Regulamentului A.S.F. nr. 4/2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN) și ale O.G. nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți.

Pentru a accesa procedurile de soluționare alternativă a litigiilor, ASIGURATUL / CONTRACTANTUL / BENEFICIARUL trebuie să se adreseze către **SAL-FIN, entitate de soluționare alternativă a litigiilor în domeniul financiar non-bancar ce funcționează** în cadrul Autorității de Supraveghere Financiară. Solicitățile se adresează în scris, direct la sediul SAL-FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare.

Informații detaliate cu privire la modul și condițiile de soluționare alternativă a litigiilor pot fi obținute la adresa de internet www.salfin.ro.

Aceste demersuri nu îngrădesc dreptul ASIGURATULUI / CONTRACTANTULUI / BENEFICIARULUI de a formula reclamații la adresa ASIGURĂTORULUI și de a se adresa instanțelor de judecată competente.

14.13. Prelucrarea datelor cu caracter personal:

GROUPAMA ASIGURĂRI S.A. este operator de date cu caracter personal înscris sub nr. 10152 în Registrul de evidență a prelucrărilor de date cu caracter personal.

GROUPAMA ASIGURĂRI S.A. prelucrează datele cu caracter personal furnizate de Contractant / Asigurat în scopul executării contractului de asigurare, al îndeplinirii obligațiilor sale legale și al realizării intereselor sale legitime.

Prelucrarea datelor se face în conformitate cu Regulamentul UE 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și cu Legea nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal și protecția vieții private în sectorul comunicațiilor electronice, cu respectarea tuturor drepturilor conferite de legislația aplicabilă (dreptul la informare, dreptul de acces, dreptul la rectificarea datelor, dreptul la ștergerea datelor (dreptul de a fi uitat), dreptul la restrângerea prelucrării, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul la opoziție, dreptul de a nu fi supus unei decizii automate, inclusiv profilare).

Cea mai recentă versiune a Notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal a Groupama Asigurări SA poate fi consultată oricând pe site-ul companiei, accesând: <https://www.groupama.ro/politica-de-confidentialitate>. În situația în care Asiguratul consideră că drepturile sale nu au fost respectate, poate sesiza acest fapt la adresa de email: dpo@groupama.ro sau Autorității Naționale de Supraveghere și Prelucrare a Datelor cu Caracter Personal

14.14. CLAUZE NEUZUALE: Următoarele articole din prezentele Condiții de Asigurare sunt clauze neuzuale și sunt acceptate expres de către Asigurat prin semnarea Formularului de aderare: 6.2., 6.4., 6.17., 6.18., 6.19., 6.27., 6.29., 7., 8.6., 8.18., 13., 14.3., 14.10.