

CONDIȚII GENERALE ALE CONTRACTULUI DE ASIGURARE DE VIAȚĂ DE GRUP PENTRU GARANTAREA CARDURILOR DE CREDIT (STANDARD / GOLD)

1. Dispoziții generale

Prezentele Condiții Generale ale Contractului de Asigurare de Viață de Grup pentru Garantarea Cardurilor de Credit (denumite în continuare „Condiții Generale”) împreună cu Polița cadru de asigurare, Cererile de asigurare și cu Certificatele de Asigurare reprezintă Asigurarea de Viață de Grup pentru Garantarea Creditelor (denumită în continuare „Asigurarea de Viață de Grup”), încheiată între BRD Asigurări de Viață S.A. cu sediul social în București, Str. Gheorghe Polizu, nr. 58-60, etajele 4 (zona 1), 8 (zona 3 și 5) și 9, Sector 1, 011062, telefon 021/408.29.29 și fax 021/408.29.13, capital social subscris și vărsat 36.116.500 RON, înregistrată la Registrul Comerțului cu nr. J40/20877/15.12.2008, CUI 24870553/16.12.2008, Societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, înregistrată în Registrul Asiguratorilor cu nr. 64/3.04.2009, Cod LEI 3157007U0N17M1JWDB35, (denumită în continuare „Asigurator”) și BRD - Groupe Société Générale S.A cu sediul social în București, Bd. Ion Mihalache nr. 1-7, sector 1, telefon 021/301.61.00, fax 021/301.66.36, înregistrată la Registrul Comerțului cu nr. J40/608/19.02.1991, în Registrul bancar cu nr. RB-PJR-40-007/18.02.1999 cu Cod Unic de Identificare ASF: RAJ 501780 (denumită în continuare „Contractantul Asigurării”) pentru asigurarea de viață a clienților persoane fizice care aderă la Asigurarea de Viață de Grup, clasa de asigurare C1, clasificare din Legea 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare, Anexa 1.

Asigurarea de Viață de Grup se încheie prin intermediul BRD - Groupe Société Générale S.A. în calitate de Agent afiliat, intermedierea asigurării având la bază Contractul de agent de asigurare afiliat încheiat între BRD Asigurări de Viață S.A. în calitate de „Asigurator” și BRD - Groupe Société Générale S.A. în calitate de agent afiliat.

2. Definiții

Definițiile din prezentele condiții generale au următorul înțeles:

1- *Asigurare individuală*: adeziunea individuală a persoanelor asigurate la Asigurarea de Viață de Grup, formalizată prin semnarea Cererii de asigurare și dovedită prin Certificatul de asigurare.

2- *Polița cadru de asigurare*: documentul care certifică încheierea Asigurării de Viață de Grup, semnată de Asigurator și Contractantul asigurării.

3- *Persoana asigurată*: persoana fizică ce deține un card de credit de la BRD - Groupe Société Générale SA și care a aderat la Asigurarea de Viață de Grup.

4- *Beneficiarul asigurării individuale*: persoana care are dreptul de a primi indemnizația de asigurare, respectiv BRD - Groupe Société Générale.

5- *Soldul creditor*: reprezintă valoarea utilizată din limita de credit.

6- *Prima de asigurare*: denumită în continuare „prima” este suma care va fi plătită Asiguratorului în contrapartida obligațiilor pe care și le asumă prin Asigurarea de Viață de Grup. Prima se plătește de Persoana Asigurată și se colectează de Contractantul Asigurării.

7- *Suma asigurată*: reprezintă suma maximă pe care o poate plăti Asiguratorul în cazul producerii riscului asigurat conform prezentelor Condiții Generale.

8- *Durata acoperirii asigurării individuale*: reprezintă perioada de timp pe parcursul căreia, dacă riscul asigurat se produce în legătură cu persoana asigurată, Asiguratorul va fi obligat, în conformitate cu prevederile prezentelor Condiții Generale, să plătească indemnizația de asigurare Beneficiarului.

9- *Data aniversară a asigurării de viață de grup*: data la care se împlinește perioada de un an de la data intrării în vigoare a asigurării și ulterior perioadele succesive de câte un an.

10- *Data aniversară a cardului de credit*: perioada de maxim 4 ani de la emiterea acestuia cu posibilitatea reînnoirii automate la sfârșitul acestei durate.

11- *Cerere de Asigurare*: documentul prin care Persoana asigurată solicită aderarea la Asigurarea de Viață de Grup. Acesta include o declarație de sănătate pe baza căreia se va face evaluarea riscului asigurat pentru a accepta clientul în asigurare și a stabili condițiile asigurării.

12 - *Certificat de Asigurare*: documentul emis de Asigurator care atestă calitatea de asigurat și în care se menționează, printre altele, durata asigurării, riscurile asigurate, cota de primă de asigurare și beneficiarul asigurării.

13- *Risc asigurat*: reprezintă evenimentul la a cărui producere, în cazul în care sunt respectate toate prevederile Condițiilor generale, Asiguratorul se obligă să plătească indemnizația de asigurare și anume decesul și /sau invaliditatea totală permanentă și / sau incapacitatea temporară de muncă și /sau șomajul.

14- *Accident al persoanei asigurate*: orice acțiune imprevizibilă, bruscă și externă, care s-a produs asupra persoanei asigurate pe durata asigurării individuale, ce are ca rezultat vătămarea acesteia.

15- *Deces din Accident al persoanei asigurate*: decesul rezultat exclusiv în urma unui accident și care se produce într-un interval de maxim 6 luni de la data producerii accidentului.

16- *Invaliditate Totală Permanentă*: invaliditatea permanentă și totală a Persoanei asigurate provocată de vătămări corporale sau afecțiuni care sunt de natură să o împiedice total pe Persoana asigurată, în momentul înaintării cererii de solicitare a despăgubirii și în orice moment viitor, să lucreze sau să fie angajată cu remunerație, salariu sau cu câștiguri în cadrul oricărei ocupații. Gradul de invaliditate este stabilit conform deciziei emise de medicul expert al asigurărilor sociale, conform prevederilor legale privind sistemul public de

pensii și alte asigurări sociale. Conform prezentelor Condiții Generale, gradul I sau gradul II de invaliditate, ambele nerevizibile, sunt considerate stări de invaliditate totală permanentă.

17- Invaliditate Totală Permanentă din Accident: starea de invaliditate totală și permanentă (definită mai sus) rezultată în urma unui accident produs pe perioada de valabilitate a acoperii prin asigurare și instalată într-un interval de cel mult 9 luni de la data producerii accidentului.

18- Incapacitate Temporară de Muncă: absența persoanei asigurate de la locul de muncă pentru o perioadă mai mare de 90 de zile consecutive, din cauza unui accident sau a unei îmbolnăviri, care o împiedică să-și exercite ocupația conform educației, pregătirii și experienței sale.

19- Afecțiune medicală preexistentă: orice afecțiune sau complicații ale unei afecțiuni existente înainte de data intrării în vigoare a asigurării individuale pentru o persoană asigurată, precum și orice afecțiune pentru care Asiguratul a fost consultat sau a efectuat investigații medicale diagnostice sau a efectuat un tratament anterior intrării în vigoare a Asigurării individuale sau orice afecțiune care a generat simptome specifice ce ar fi determinat o persoană prudentă să solicite o examinare medicală înainte de data intrării în vigoare a asigurării individuale. Tratamentul face referire la orice medicație sau procedură medicală prescrisă sau neprescrisă de un Medic.

20- Șomaj: condiția unei persoane care se află în următoarele situații cumulative:

- este în căutarea unui loc de muncă și are vârsta cuprinsă între 16 ani și vârsta pensionării;
- este considerată clinic sănătoasă și capacitățile fizice și mintale îi permit să desfășoare o activitate;
- nu are un loc de muncă;
- este disponibilă pentru a începe munca imediat ce un post devine vacant;
- este înregistrată la Oficiul Forțelor de Muncă în raza căruia domiciliază sau este rezidentă, după caz, sau la alte servicii de ocupare a forțelor de muncă care funcționează în condițiile legii, pentru a obține un loc de muncă.

21- Indemnizație de asigurare: repezintă suma pe care Asiguratorul o va plăti Beneficiarului dacă riscul asigurat are loc în perioada de acoperire a Asigurării individuale a Persoanei asigurate.

3. Data intrării în vigoare, durata și încetarea Asigurării de Viață de Grup

3.1 Intrarea în vigoare. Asigurarea de Viață de Grup intră în vigoare la data stabilită de părțile contractante, respectiv data prevăzută în Polița cadru de asigurare.

3.2 Durata Asigurării de viață de grup este de 1 an și este reînnoită la Data aniversării, pe baza acordului tacit, pe perioade succesive de 1 an, dacă nicio notificare de denunțare unilaterală nu a fost trimisă

în prealabil de către una dintre părțile contractante, cu cel puțin 20 de zile înainte de încetare.

3.3 Încetarea Asigurării de Viață de Grup: Asigurarea de Viață de Grup poate înceta în următoarele modalități:

- a. prin acordul părților, la data convenită în scris;
- b. prin denunțare unilaterală, în condițiile prevăzute la art. 3.2 de mai sus;
- c. prin reziliere, în cazul neîndeplinirii sau îndeplinirii necorespunzătoare a obligațiilor contractuale de către una dintre părți, fără nicio formalitate prealabilă sau intervenția vreunei instanțe, cu excepția unei notificări prealabile scrise, transmise celeilalte părți cu 30 (trezeci) de zile înainte de data încetării contractului.

Încetarea Asigurării de Viață de Grup nu va avea niciun efect asupra obligațiilor părților contractante care au devenit scadente înainte de data încetării.

În cazul încetării Asigurării de Viață de Grup, nicio altă persoană nu va mai fi admisă în asigurare, iar asigurările individuale deja acceptate vor rămâne în vigoare atât timp cât prima de asigurare este achitată, în conformitate cu prevederile prezentelor Condiții Generale.

4. Data intrării în vigoare, durata și încetarea Asigurării individuale

4.1 Intrarea în vigoare: asigurarea individuală începe la ora 00:00 a zilei următoare zilei la care soldul creditor al creditului acordat de BRD - Groupe Société Générale S.A este mai mare decât zero, cu condiția acceptării de către Asigurator a cererii de asigurare semnată de Persoana asigurată.

4.2 Durata Asigurării individuale este de 4 ani, asigurarea fiind reînnoită la fiecare 4 ani, atât timp cât Persoana asigurată îndeplinește condițiile de la art. 6, pe baza acordului tacit, pe aceeași perioadă, dacă nicio notificare de denunțare unilaterală nu a fost trimisă în prealabil de către una dintre părțile contractante, cu cel puțin 20 de zile înainte de încetarea asigurării.

4.3 Încetarea Asigurării Individuale: asigurarea individuală a oricărei persoane asigurate va înceta înainte de termen, în oricare dintre situațiile următoare:

- a. În cazul neplății primei de asigurare, conform termenilor art. 9;
- b. La data Decesului persoanei asigurate sau la data confirmării Invalidității Totale Permanente acceptată de Asigurator;
- c. La data la care persoana asigurată împlinesc vârsta maximă admisă, în conformitate cu art. 6.1
- d. La data la care încetează contractul de card de credit;
- e. Prin denunțare unilaterală de către orice parte contractantă, cu cel puțin 20 de zile înainte de încetarea asigurării. În această situație, Asiguratorul va notifica Contractantul cu privire la orice denunțare unilaterală.

- f. Prin renunțare de către Persoana Asigurată, în maxim 20 de zile de la data semnării contractului de către Asigurător, fără penalizări.
 - g. În orice moment, odată cu notificarea Asigurătorului, prin completarea cererii de renunțare la asigurare.
- 4.4 Acoperirea prin asigurare a Persoanei asigurate va înceta la ora 24:00 a zilei în care are loc încetarea Asigurării individuale.
- 4.5 Asigurarea este suspendată dacă soldul creditor al cardului de credit este zero. În această perioadă, asigurarea pentru persoana asigurată rămâne în vigoare, dar nu mai există acoperire pentru riscurile asigurate. Acoperirea prin asigurare este reactivată în momentul în care cardul de credit al persoanei asigurate are un sold creditor mai mare decât zero.

5. Beneficiar al asigurării de viață de grup

- 5.1. Toate sumele asigurate datorate de către Asigurător Beneficiarului asigurării, conform Asigurării de viață de grup, vor fi plătite BRD - Groupe Société Générale S.A.

6. Persoana asigurată

- 6.1. Persoanele asigurate sunt considerate acele persoane fizice, care îndeplinesc concomitent următoarele condiții:
- a. Au vârsta cuprinsă între minim 18 ani și maxim 76 ani minus 1 zi la sfârșitul asigurării lor individuale; vârsta maximă la subscriere 72 ani minus 1 zi;
 - b. Au un card de credit emis de BRD - Groupe Société Générale S.A;
 - c. Au fost acceptate în Asigurare de Asigurător sau de persoanele autorizate de Asigurător prin emiterea Certificatului de asigurare;
 - d. Au semnat cererea de asigurare, consimțind să fie persoane asigurate.
- 6.2. Dacă o persoană asigurată are mai mult de o asigurare prin acest contract, atunci aceasta este persoană asigurată pentru fiecare card de credit, sub rezerva îndeplinirii prevederilor acestui articol pentru fiecare din ele.

7. Acceptarea în asigurare

- 7.1 Orice client persoană fizică având calitatea de împrumutat în cadrul unui contract încheiat cu BRD - Groupe Société Générale poate fi acceptat în asigurare dacă:
- a. Bifează mențiunea "Nu am fost" în declarația de sănătate cuprinsă în Cererea de asigurare;
 - b. Semnează declarația medicală privind starea de sănătate inclusă în Cererea de asigurare;
 - c. Depune la Asigurător Cererea de Asigurare, consimțind să fie asigurat conform prevederilor prezentului contract;
 - d. Îndeplinește condițiile de asigurare ale Asigurătorului pentru acoperirea aplicabilă

Persoanelor asigurate pentru împrumutul în cauză;

- e. Primește decizia favorabilă din partea Asigurătorului sau a persoanelor împuternicite de către acesta.

8. Declarații false și incomplete sau inexacte

- 8.1. Persoana asigurată este obligată să răspundă în scris la întrebările formulate de Asigurător în cererea de asigurare, precum și să declare, la data încheierii contractului, orice informații sau împrejurări pe care le cunoaște și care, de asemenea sunt esențiale pentru evaluarea riscului (sunt considerate împrejurări esențiale, dar fără a se limita la acestea, următoarele: existența unui certificat de handicap sau unui istoric de pensionare din motive medicale).
- 8.2. Contractul de asigurare este nul în caz de declarație falsă, incompletă sau inexactă făcută cu rea-credință de către Persoana asigurată cu privire la împrejurări care, dacă ar fi fost cunoscute de către Asigurător, l-ar fi determinat pe acesta să nu își dea consimțământul ori să nu îl dea în aceleași condiții, chiar dacă declarația sau reticența nu a avut influență asupra producerii Riscului asigurat. În acest caz, Beneficiarul asigurării nu are dreptul la plata indemnizației de asigurare. Primele plătite rămân dobândite Asigurătorului care, de asemenea, poate cere și plata primelor convenite până la momentul la care a luat cunoștință de cauza de nulitate. Declarația falsă, incompletă sau inexactă din partea Persoanei asigurate a cărei rea-credință nu a putut fi stabilită nu atrage nulitatea asigurării. În cazul în care constatarea declarației false, incomplete sau inexacte are loc anterior producerii Riscului asigurat, Asigurătorul are dreptul de a rezilia contractul, restituindu-i Asiguratului partea din primele plătite aferente perioadei în cadrul căreia asigurarea nu mai funcționează.
- 8.3. O declarație este efectuată cu rea-credință, atunci când Persoana asigurată cu bună știință declară fapte false, incomplete sau inexacte, urmărind sau acceptând inducerea în eroare a Asigurătorului.

9. Calculul și plata primelor de asigurare

- 9.1. Prima de asigurare se calculează zilnic, prin înmulțirea cotei de primă de asigurare zilnică (%) cu soldul zilnic al liniei de credit utilizată. Cota de primă de asigurare zilnică (%) se calculează prin împărțirea cotei de primă de asigurare lunară (%) la 30 de zile. Plata primelor de asigurare se face o dată pe lună, la data aleasă de client, conform cu ciclurile de tranzacționare aferente cardului de credit.
- 9.2. Asigurătorul poate să furnizeze asigurarea numai dacă primele de asigurare sunt plătite cu regularitate la datele de scadență. În caz de neplată, acoperirea nu va mai fi oferită după a doua primă neachitată, calitatea de persoană asigurată,

corespunzătoare asigurării individuale respective, încetând. Perioada maximă de grație este de 30 de zile.

- 9.3. Orice taxe prevăzute de legea asigurărilor cu privire la prima de asigurare, care ar putea să apară, vor fi suportate de Persoana asigurată și vor putea fi plătite de Asigurător și vor fi percepute ulterior Persoanei asigurate odată cu prima de asigurare.

10. Garanții și revizuirii

- 10.1. Cotele de primă vor fi păstrate în vigoare pe perioada celor 4 ani contractuali și sunt garantate pentru toate persoanele asigurate. Asigurătorul poate modifica cotele de primă de comun acord cu Contractantul Asigurării, după anunțarea prealabilă a acestuia printr-o notificare trimisă cu o lună înainte de modificare și după ce Contractantul asigurării a acceptat în scris această modificare.
- 10.2. Tariful nu este garantat de Asigurător în următoarele cazuri:
- În caz de modificare a beneficiilor de asigurare;
 - În caz de modificare a condițiilor de eligibilitate;
 - În caz de modificare a legii cu privire la taxele aplicate primelor de asigurare.

11. Riscurile asigurate

- 11.1. Riscurile acoperite sunt: Decesul (din orice cauză), Invaliditatea Permanentă Totală (din orice cauză), Incapacitatea Temporară de Muncă (din orice cauză) și Șomajul.

12. Acoperirea geografică a asigurării

- 12.1. Asigurările oferite prin prezentul contract sunt valabile pe teritoriul României și în țările membre UE sau OCDE.

13. Excluderi în caz de Deces

Se exclud de la plata oricăror beneficii toate evenimentele care se produc direct sau indirect din cauza următoarelor:

- 13.1. Orice afecțiune patologică diagnosticată înainte de subscrierea asigurării individuale, efectele și consecințele acesteia, inclusiv recidiva unei Afecțiuni medicale preexistente;
- 13.2. Sinuciderea în primii 2 ani după încheierea asigurării individuale;
- 13.3. Orice accident sau îmbolnăvire legate de consumul de alcool având o valoare mai mare de 0.6 gr/l alcool pur în sânge, alcoolismul cronic sau folosirea narcoticelor, a drogurilor pe bază de opium sau a drogurilor stimulante, cu excepția cazurilor în care sunt prescrise de un medic autorizat;
- 13.4. Război civil, război, invazie declarată sau nu sau operațiuni asimilate războiului, acțiuni ale inamicilor străini, ostilități, revoltă, răscoală, răzmeriță, grevă, mișcări civile, rebeliune, revoluție, insurecție, acte de terorism, indiferent dacă persoana asigurată a fost o victimă sau un

participant activ/ colaborator la aceste evenimente;

- 13.5. Săvârșirea unei contravenții, tentativă de comitere sau comiterea unei infracțiuni de către Persoana asigurată;
- 13.6. Deces ca urmare a unor epidemii sau pandemii (epidemiile și pandemiile trebuie confirmate de Ministerul Sănătății);
- 13.7. Zborurile aeriene ale persoanei asigurate pe orice tip de aeronavă, cu excepția situațiilor în care aceasta este pasager plătit de bilet al unei aeronave care operează pe baza unui program fix, deținută de o companie aeriană de transport de pasageri înregistrată, pe ruta sa prestabilită, sau dacă este transportată ca pacient sau rănit sau însoțitor sau steward pe o aeronavă ambulanță sau de salvare sau pe un elicopter;
- 13.8. Participare la oricare dintre sporturile următoare: activități în care este implicat un motor (inclusiv raliurile), box, scufundări cu aparate autonome, explorarea peșterilor, curse de bob, curse cu sănii, săriturile cu schiul, escaladare, alpinism, călărie, parașutism, zborul cu delta-planul, zborul cu aeronave ultra- ușoare motorizate sau săritura cu coarda;
- 13.9. Expunere voluntară sau involuntară a corpului la energie nucleară sau rezultatul unei explozii, radiații sau orice alte consecințe în operațiuni de război sau militare sau în timp de pace;
- 13.10. Accidente sau îmbolnăviri pentru care persoana asigurată refuză să accepte tratamentul primit de la un medic ce are calitatea legală și profesională de a prescrie un tratament.

14. Excluderi în caz de Invaliditate Totală Permanentă - în plus față de cele pentru Deces:

- 14.1. Participarea la competiții (altele decât cele sportive, legal organizate);
- 14.2. Orice tulburare psihiatrică, mentală, funcțională sau nervoasă;
- 14.3. Virusul imunodeficienței umane (HIV) sau variații ale acestuia, inclusiv Sindromul Imunodeficienței Dobândite;
- 14.4. Tenativa de sinucidere sau rănirea voluntară.

15. Excluderi în caz de Incapacitate Temporară de Muncă - în plus față de cele pentru Invaliditate Totală Permanentă:

- 15.1. Boli infecțioase;
- 15.2. Sarcina, nașterea împreună cu complicațiile ce derivă, avortul (se va plăti indemnizația de asigurare doar dacă avortul s-a produs ca urmare a unei indicații medicale);
- 15.3. Participarea și implicarea în orice activități militare (navale, terestre sau aeriene);
- 15.4. Concediul de maternitate sau paternitate, concediul pentru îmbolnăvirea sau creșterea copilului;
- 15.5. Intoxicații cu otravă, medicamente, alcool, gaz sau fum (administrare voluntară);

15.6. Toate afecțiunile disco-vertebrale referitoare la rahis (cervical, dorsal, lombar, sacral sau coccigian), rezultatele și consecințele lor, lumbago, dureri dorsale inferioare, sciatică, cruralgii, radiculalgie, cervicalgie, dorsalgie, nevralgii cervico-brahiale, disc deplasat, cu excepția cazului în care una dintre aceste afecțiuni necesită spitalizare pentru o perioadă continuă mai mult de 15 zile consecutive sau intervenție chirurgicală în timpul perioadei de Incapacitate Temporară de Muncă sau Invaliditate Totală Permanentă.

16. Excluderi în caz de Șomaj

- 16.1. Persoana asigurată (salariatul) și-a părăsit locul de muncă în mod voluntar;
- 16.2. Angajatorul a încetat contractul de muncă din cauza faptului că Asiguratul (salariatul) nu mai corespunde criteriilor impuse de poziția pe care o ocupă, în acord cu dispozițiile Codului Muncii și/sau, dacă este cazul, cu alte dispoziții speciale legale;
- 16.3. Persoana asigurată a refuzat o anumită ofertă de muncă concretă, compatibilă cu pregătirea sa profesională sau, dacă este cazul, cu capacitatea de muncă determinată de medicul specialist în expertiza capacității de muncă;
- 16.4. Retragerea brevetului de liberă practică a profesiei;
- 16.5. Indemnizația pentru șomaj nu va fi plătită în cazul în care perioada de șomaj începe în primele 90 de zile de la data la care Persoana asigurată este acceptată în Asigurarea de Viață de Grup.

17. Indemnizația de asigurare în caz de Deces

- 17.1. În caz de Deces al Persoanei asigurate, acoperită de Asigurător în condițiile prezentului Contract, Asigurătorul va plăti Beneficiarului soldul creditor (valoarea liniei de credit utilizată) la data decesului plus dobânda datorată Contractantului de la data producerii evenimentului asigurat până la data notificării acestuia de către moștenitorii persoanei asigurate sau orice persoană care prezintă interesul asigurabil, dobânda fiind calculată pe o perioadă de maxim 3 luni.
- 17.2. În cazul în care decesul are loc pe durata perioadei de grație (30 de zile de la data scadenței), Beneficiarul va primi soldul creditor la data decesului, minus prima de asigurare rămasă neplătită.
- 17.3. În cazul în care decesul are loc după perioada de grație, nu se va plăti niciun beneficiu.
- 17.4. În caz de deces înainte de plata primei de asigurare inițiale, Beneficiarul va primi soldul minus prima inițială.

18. Indemnizația de asigurare în caz de Invaliditate Totală Permanentă

- 18.1. Starea de Invaliditate Totală Permanentă este determinată de Comisia de Evaluare a Capacității de Muncă.
- 18.2. În caz de Invaliditate Totală Permanentă a Asiguratului, Asigurătorul va plăti Beneficiarului soldul creditor (valoarea liniei de credit utilizate) de la data recunoașterii stării de Invaliditate Totală Permanentă ca fiind nerevizuibilă, plus dobânda datorată Contractantului de la data producerii evenimentului asigurat până la data notificării acestuia de către Persoana asigurată, dobânda fiind calculată pe o perioadă de maxim 3 luni.
- 18.3. Asigurătorul are dreptul de a solicita Persoanei asigurate un control efectuat de medicul său expert, precum și de a trimite Asiguratul la efectuarea unor investigații medicale, dacă așa consideră necesar. Toate aceste investigații vor fi plătite de Asigurător. Dacă persoana asigurată refuză efectuarea acestor investigații, Asigurătorul nu va plăti nicio indemnizație.
- 18.4. Asigurătorul are dreptul de a compensa primele ce i se datorează cu orice indemnizație convenită Beneficiarului.
- 18.5. Dacă riscul asigurat se produce pe parcursul perioadei de grație (30 de zile de la data scadenței a primei de asigurare), Beneficiarul va primi soldul creditului utilizat, din care se deduce prima rămasă neachitată.
- 18.6. Dacă riscul asigurat se produce înainte de plata primei de asigurare, din valoarea indemnizației de asigurare se va reține valoarea primei de asigurare.

19. Indemnizația de asigurare în caz de Incapacitate Temporară de Muncă

- 19.1. Asigurătorul va plăti, în locul persoanei asigurate, în caz de Incapacitate Temporară de Muncă, recunoscută și acceptată de Asigurător, ca urmare a unei îmbolnăviri sau a unui accident, pe o durată de maxim 12 luni, pentru fiecare perioadă de 4 ani contractuali pentru cardurile de credit Standard și Gold, suma minimă de rambursat așa cum este specificată în grila băncii în vigoare la data atestării incapacității de muncă, conform certificatului de concediu medical inițial. Beneficiile nesolicitate într-un an nu se reportează în anii următori.
- 19.2. Asigurătorul va plăti maxim 2 evenimente constând în Incapacitatea Temporară de Muncă pe durata de valabilitate a cardului de credit, cu condiția ca datele de instalare ale Incapacității Temporară de Muncă să fie diferite. După plata indemnizației de asigurare a celei de-a doua apariții a Incapacității Temporară de Muncă, acoperirea pentru acest risc încetează.
- 19.3. Starea de Incapacitate Temporară de Muncă se evaluează pe baza certificatelor de concediu medical și, dacă este cazul, pe baza certificatelor

de încadrare în gradul 3 de invaliditate sau gradul 1 de invaliditate revizibil sau gradul 2 de invaliditate revizibil, emise de Comisia de Evaluare a Capacității de Muncă.

- 19.4. Indemnizația de asigurare în caz de Incapacitate Temporară de Muncă se plătește începând cu prima dată scadentă, ulterioară împlinirii celor 90 de zile de incapacitate temporară de muncă. Pe durata primelor 90 de zile de Incapacitate Temporară de Muncă, Asigurătorul nu va plăti nicio indemnizație.
- 19.5. Beneficiarul și persoana asigurată trebuie să informeze Asigurătorul cu privire la starea de sănătate a Asiguratului, în cazul în care intervine o modificare a acesteia.
- 19.6. Plata beneficiilor de asigurare specificate la art. 19.1 și 19.2 va fi oprită în următoarele cazuri:
- Persoana asigurată se întoarce la muncă;
 - În caz de plată a beneficiilor de asigurare pentru deces sau invaliditate totală permanentă;
 - După expirarea perioadei de 12 luni pentru plata indemnizației de asigurare în caz de Incapacitate Temporară de Muncă;
 - Terminarea asigurării persoanei asigurate din orice motiv.

20. Indemnizația de asigurare în caz de Șomaj

- 20.1. În caz de Șomaj, Asigurătorul va plăti cu titlu de indemnizație, după trecerea a 90 de zile de la data intrării în asigurare, suma minimă de plată care trebuie rambursată lunar, aferentă utilizărilor cardului de credit, de către Persoana asigurată pe durata șomajului.
- 20.2. Pe durata primelor 90 de zile de la data intrării în asigurare, Asigurătorul nu va plăti nicio indemnizație de asigurare.
- 20.3. Indemnizația de asigurare se acordă lunar, în baza confirmării continuării șomajului, de către Oficiul Forțelor de Muncă în raza căruia Persoana Asigurată domiciliază sau este rezidentă.
- 20.4. Asigurătorul va plăti maxim 2 evenimente pe durata asigurării individuale (o perioadă de asigurare individuală este de 4 ani).
- 20.5. Indemnizația maximă pe un eveniment este de 6 luni.
- 20.6. Obligația de plată apare în momentul în care persoana asigurată îndeplinește următoarele condiții:
- se încadrează în definiția de "Șomaj" din prezentele Condiții Generale, din motive independente de angajat, pentru mai mult de 30 de zile consecutive;
 - a devenit șomer în timpul perioadei de asigurare, ulterior încheierii contractului de muncă cu ultimul angajator.

21. Limitele obligațiilor Asigurătorului

- 21.1. Asigurătorul nu are nicio obligație față de evenimentele care nu au avut loc în perioada de valabilitate a asigurării.

21.2. Asigurătorul nu este răspunzător pentru evenimentele excluse din asigurarea de Viață de Grup.

21.3. Asigurătorul nu va fi răspunzător și este absolvit de plata indemnizației de asigurare dacă riscul s-a produs ca rezultat al acțiunii deliberate a Persoanei asigurate.

21.4. Asigurătorul are dreptul de a nu plăti indemnizația de asigurare dacă i se prezintă documente sau informații falsificate sau neadevărate sau dacă descoperă o fraudă.

21.5. Asigurătorul are dreptul de a nu plăti indemnizația de asigurare dacă nu i se aduc dovezi suficiente și clare conform art. 22.3, în vederea stabilirii dreptului la despăgubire.

22. Depunerea cererii de despăgubire

22.1. În cazul producerii unui risc acoperit de asigurare, persoana asigurată, respectiv moștenitorii săi sau orice altă persoană care prezintă interesul asigurabil în a primi plata unui beneficiu, trebuie să notifice în scris Contractantului producerea riscului asigurat și să pună la dispoziția acestuia documentele prevăzute la art. 22.3, în termen de 30 de zile de la producerea riscului asigurat. Data acestei notificări este data până la care se calculează dobânzile aferente creditului, ce vor fi acoperite prin Asigurarea individuală în cazul producerii riscului asigurat. În termen de 5 zile de la data notificării menționată mai sus, Contractantul va comunica Asigurătorului producerea riscului asigurat și va transmite acestuia documentele primite.

22.2. Asigurătorul are dreptul de a refuza plata indemnizației de asigurare dacă nu a fost notificat în perioada prevăzută la art. 22.1 și din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat și întinderea daunei.

22.3. Asigurătorul trebuie să primească următoarele documente pentru a putea lua o decizie privind solicitarea de despăgubire:

a. În caz de Deces:

- Copia unui act de identitate al persoanei care a solicitat despăgubirea*;
- Cererea de despăgubire completată corespunzător*;
- Copia cererii de asigurare de la Contractantul asigurării sau de la client*;
- Copia Certificatului de asigurare;
- Copia legalizată a certificatului de deces*;
- Copia certificatului medical constatator al decesului*;
- Copia raportului poliției privind circumstanțele de producere a accidentului (dacă este cazul)*;
- Copiile documentelor medicale în caz de deces din îmbolnăvire (bilete de externare din spital, rezultate ale investigațiilor efectuate, copia fișei medicale de la medicul de familie etc.);
- Orice alt document pe care Asigurătorul îl consideră necesar, cum ar fi evoluția afecțiunii,

- fișa medicală personală, decizia judecătorească privind declararea decesului sau a dispariției, după caz, precum și alte documente (daca va fi necesar, vor fi solicitate de Asigurător luând în considerare specificitatea fiecărui caz de despăgubire);
- Extras de cont la data producerii evenimentului, semnat de bancă.
- b. **În caz de Invaliditate Totală Permanentă:**
- Copia unui act de identitate al persoanei care a solicitat despăgubirea*;
 - Cererea de despăgubire completată corespunzător*;
 - Copia cererii de asigurare de la Contractantul asigurării sau de la client*;
 - Copia Certificatului de asigurare
 - Copia Certificatului eliberat de Comisia de Expertiză a Capacității de Muncă*;
 - Copia raportului poliției privind circumstanțele de producere a accidentului (dacă este cazul)*;
 - Copiile documentelor medicale în caz de invaliditate din îmbolnavire sau copii ale certificatelor concediilor medicale;
 - Orice alt document pe care Asigurătorul îl poate considera necesar, precum evoluția afecțiunii, fișa medicală personală, alte documente;
 - Extras de cont la data producerii evenimentului semnat de bancă.
- c. **În caz de Incapacitate Temporară de Muncă:**
- Copia unui act de identitate al persoanei care a solicitat despăgubirea*;
 - Cererea de despăgubire completată corespunzător*;
 - Copia cererii de asigurare de la Contractantul asigurării sau de la client*;
 - Copia Certificatului de asigurare;
 - Copia Certificatului eliberat de Comisia de Expertiză a Capacității de Muncă (dacă acest document a fost eliberat);
 - Copii ale certificatelor concediilor medicale*;
 - Copia raportului poliției privind circumstanțele de producere a accidentului (dacă este cazul)*;
 - Copiile documentelor medicale în caz de incapacitate temporară de muncă din îmbolnavire;
 - Orice alt document pe care Asigurătorul îl poate considera necesar, precum evoluția afecțiunii, fișa medicală personală, alte documente;
 - Extras de cont la data începerii incapacității de muncă, conform certificatului de concediu medical inițial semnat de bancă.
- d. **În caz de Șomaj:**
- Copia unui act de identitate al persoanei care a solicitat despăgubirea*;
 - Cererea de despăgubire*;
 - Copia cererii de asigurare de la Contractantul Asigurării sau de la client*;
 - Copia Certificatului de asigurare;
 - Copia documentului eliberat de Agenția Națională de Ocupare a Forței de Muncă, care

atestă calitatea de șomer*. Acest document se va pune la dispoziția Asigurătorului lunar;

- Copia deciziei de concediere*;
- Extras de cont la data intrării în șomaj, semnat de bancă;
- Pentru soluționarea dosarului, pe lângă documentele obligatorii la deschiderea dosarului de daună, Asigurătorul poate solicita documente suplimentare.

** documente obligatorii pentru deschiderea dosarului de dauna*

- 22.4. Furnizarea oricăror informații false, înșelătoare, incomplete ori incorecte din partea Asiguratului sau a rudelor sale apropiate, sau prezentarea de documente inexacte sau falsificate care intenționează să modifice data, circumstanțele sau consecințele evenimentelor produse va avea drept rezultat pierderea dreptului de a beneficia de acoperire pentru cererea respectivă de despăgubire în cadrul prezentei polițe.
- 22.5. Contractantul Asigurării trebuie să-l notifice pe Asigurător în legătură cu producerea riscului asigurat în termen de maxim o lună de la data notificării sale de către Asigurat, respectiv de către moștenitorii săi sau orice altă persoană care prezintă interesul asigurat în a primi plata unui beneficiu, asupra evenimentului asigurat.
- 22.6. Data deschiderii dosarului de daună este data la care Asigurătorul primește documentele obligatorii enumerate la art. 22.3.
- 22.7. În termen de 10 zile lucrătoare de la primirea tuturor documentelor solicitate, Asigurătorul trebuie să ia una din deciziile următoare:
- a. Să accepte solicitarea de despăgubire și să plătească indemnizația de asigurare;
 - b. Să respingă solicitarea de despăgubire printr-o decizie motivată.
- 22.8. Informațiile despre decizia luată de Asigurător vor fi trimise beneficiarului asigurării și persoanei care notifică producerea riscului asigurat.

23. Investigarea și examinarea de către experți

- 23.1. Examinarea: Persoana asigurată care suferă de o invaliditate sau care se află în incapacitate temporară de muncă, ca urmare a producerii riscului asigurat trebuie să permită accesul oricărui medic autorizat de Asigurător, în orice moment din orice zi lucrătoare până la 8 p.m., la locul unde aceasta este supusă tratamentului sau la domiciliul acesteia, pentru a putea verifica gravitatea stării sale de sănătate, în caz contrar acoperirea de asigurare putând fi refuzată.
- 23.2. Dacă există o diferență de opinie între Asigurător și Persoana asigurată (sau rudele cele mai apropiate ale Persoanei asigurate în caz de deces), atunci se vor folosi mijloace amiabile sau judiciare pentru a aduce un expert medical cu capacitatea de a acționa ca arbitru între cele două părți. Costurile și comisioanele pentru expertul

medical astfel numit se împart echitabil între cele două părți.

- 23.3. Toate deciziile Asigurătorului luate pe baza concluziilor medicului expert desemnat vor fi notificate Persoanei asigurate prin scrisoare recomandată și sunt opozabile Persoanei asigurate, dacă aceasta nu le-a contestat în termen de două luni de la notificare, prin furnizarea unui certificat medical detaliat. Orice fel de obiecții vor fi adresate Persoanei asigurate prin scrisoare recomandată.

24. Valoarea de răscumpărare

- 24.1. Nicio valoare de răscumpărare nu va fi plătită pentru această Asigurare.

25. Protecția datelor personale

- 25.1. Asigurătorul se angajează să respecte legislația aplicabilă protecției datelor cu caracter personal ale Asiguraților.
- 25.2. Informarea asiguraților și a altor persoane vizate ori, după caz, obținerea consimțământului informat pentru operațiunile de prelucrare a datelor cu caracter personal ale persoanelor vizate se realizează anterior încheierii contractului de asigurare sau pe parcursul duratei contractuale, în condițiile legale aplicabile.
- 25.3. Datele solicitate de Asigurator în diferitele formulare pe care le completează asigurații sau, după caz, alte persoane vizate, pe parcursul relației (pre)contractuale sunt obligatorii pentru stabilirea și derularea relației contractuale cu Asigurătorul sau pentru o bună gestionare a solicitărilor asiguraților.

26. Impozitare

Asigurătorul are dreptul de a efectua reduceri din orice indemnizații acordate în baza asigurării, pentru acoperirea oricărui impozit sau oricărei taxe, care ar putea fi impuse Asigurătorului de legislația în vigoare.

27. Moneda

Toate primele de asigurare și indemnizațiile din cadrul prezentei Asigurări de Viață de Grup sunt plătite în moneda liniei de credit acordate prin intermediul cardului de credit.

28. Forța majoră

- 28.1. Clauza referitoare la forța majoră exonerează părțile de răspundere în caz de neexecutare parțială sau totală a obligațiilor asumate în prezentul Contract.
- 28.2. Forța majoră reprezintă un eveniment independent de voința părților, imprevizibil și insurmontabil, care are loc după încheierea Contractului și care împiedică părțile să-și execute parțial sau total obligațiile asumate.

- 28.3. Partea care solicită aplicarea prezentei clauze are obligația de a o informa pe cealaltă, în scris, în maxim 5 zile lucrătoare de la apariția evenimentului de forță majoră și de a comunica dovezile în termen de 15 zile de la apariția acestuia.

29. Litigii și legea aplicabilă

- 29.1. Prezentul contract este guvernat de legea română în vigoare.
- 29.2. În cazul apariției oricăror modificări ale legislației, după data intrării în vigoare a Asigurării de viață de grup, și care duc la creșterea sau extinderea obligațiilor oricăreia dintre părți (Asigurătorul și Contractantul Asigurării), acestea sunt de acord să răspundă afirmativ la solicitarea unei discuții imediate, formulată în scris de oricare dintre ele, în vederea revizuirii termenilor și condițiilor contractului, astfel încât obiectivele stabilite inițial să fie atinse.
- 29.3. Disputele dintre părți sunt rezolvate prin acordul reciproc al părților, iar dacă nu se ajunge la niciun acord, de instanța judecătorească română competentă.
- 29.4. În toate cazurile de neînțelegeri apărute în legătură cu Asigurarea de viață de grup, Persoana asigurată se va 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.

30. Fondul de Garantare

În cazul în care BRD Asigurări de Viață se va afla în stare de insolvabilitate, Fondul de Garantare, definit astfel prin Legea nr. 213/2015 cu modificările și completările ulterioare, va proteja interesele asiguraților, beneficiarilor asigurării, precum și terțelor persoane păgubite.

31. Soluționarea petițiilor

Orice nemulțumire din partea Asiguratului sau Beneficiarului va fi soluționată pe cale amiabilă. În acest scop, nemulțumirea va fi formulată în scris și transmisă prin fax, e-mail sau scrisoare către Asigurător. Petiția trebuie să conțină cel puțin numele/prenumele petentului. BRD Asigurări de Viață va răspunde petentului, în scris, în termen de 30 zile de la data înregistrării la sediu a reclamației. În cazul în care nu este posibilă soluționarea cazului

pe cale amiabilă, petentul se poate adresa și Autorității de Supraveghere Financiară (ASF).

32. Soluționarea alternativă a litigiilor

În cazul în care nu s-a reușit soluționarea petiției pe cale amiabilă, Contractantul, Asiguratul și Beneficiarul au dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor prin intermediul SAL-FIN, care organizează și administrează proceduri de soluționare alternativă a litigiilor prin care se propune sau impune, după caz, o soluție părților. Prezentă prevedere nu va constitui o restrângere a dreptului Contractantului, Asiguratului sau Beneficiarului de a recurge la procedurile judiciare legale. Pentru mai multe detalii pot fi consultate prevederile Regulamentului nr. 4/27.04.2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN) și ale Ordonanței Guvernului nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți.

33. Modalitatea de accesare a rapoartelor Asiguratorului.

Toate informațiile și/sau rapoartele pe care BRD Asigurări de Viață S.A. trebuie să le publice conform cerințelor legislației în vigoare (cum ar fi, dar fără a se limita la raportul privind solvabilitatea și stabilitatea financiară) sunt și/sau vor fi disponibile pentru consultare pe pagina de internet a Asiguratorului: www.brdasigurarideviata.ro.

34. Informații generale privind regimul fiscal.

În conformitate cu prevederile Codului fiscal în vigoare, primele de asigurare de viață nu constituie deduceri din baza impozabilă pentru persoane fizice. În ceea ce privește despăgubirile încasate din asigurări, acestea nu se impozitează la persoana fizică beneficiară. Orice modificare legală, ulterioară încheierii contractului de asigurare, va fi aplicată corespunzător.