


GERMAN ROMANIAN ASSURANCE S.A.

ROMI, %NIA, 031142 Bucuresti 4 - sector 3, Str. Emil Gij%rleanu nr. 11, Bl. A8, Ap. 49
 Tel. +40-21-321 74 28; Fax +40-21-320 20 16; E-mail: office@gerroma.ro
 Capital social: 8.000.000 RON; Reg. Com. nr. J40/7054/1995; Cod unic Inreg: 7804274
 Inregistrat ca operator de date cu caracter personal sub numarul 5213; Autorizat C.S.A.: RA-016/10.04.2003

Document cu caracter informativ
CONDITII DE ASIGURARE - POLITA ECONOMIC

astm, anemie, hipertensiune arterială, cancer, litiază renală, litiază biliară, diabet, osteoporoză și arterioscleroză, osteomalacie, rahitism, tulburări metabolice, boli venerice, SIDA sau infecții aflate în relație cu SIDA.

C. Cheltuieli privind:

- asistența medicală alta decât cea ambulatorie;
- diagnostice și tratamente efectuate sau prescrise în România;
- asistența medicală oftalmologică și medicația aferentă, dacă nu reprezintă consecința exclusivă a unui Accident;
- asistența medicală stomatologică și medicația aferentă, dacă nu reprezintă consecința exclusivă a unui Accident;
- tratamente și intervenții de chirurgie estetică, plastică și reparative, tratamente dietetice, homeopatie, geriatrică, chiropractice, terapie fizică și psihică, kinetoterapie, cure de orice fel (termale, fizioterapeutice, etc.), recomandate sau nerecomandate în urma unui Accident sau a unei îmbolnăviri, perioadele petrecute în case de odihnă, recuperare, dezintoxicare, etc.;
- proceduri și tratamente aparținând de medicina preventivă sau alternativă, vaccinări, consultații programate, călătorii în scop terapeutic;
- tratamente efectuate ca urmare a unor evenimente petrecute în zona geografică în care s-a declarat apariția unei epidemii înaintea intrării Asiguratului în zona geografică respectivă;
- asistența medicală și medicația aferentă acordată Asiguratului de către rude sau însoțitori, dacă nu justifică salvarea vieții Asiguratului;
- asistența medicală acordată după stabilizare (reveniri, tratamente ulterioare și controale ale stării sănătății), costurile acestea fiind suportate de către Asigurat;
- execuția, repararea și întreținerea ochelarilor, lentilelor de contact, aparatelor medicale (stimulatoare cardiace, orice aparat implantat temporar sau definitiv în scopul înlocuirii sau regularizării unor funcții ale organismului, etc.), a protezilor și accesoriilor medicale de orice fel, inclusiv închirierea acestora;
- intervenții chirurgicale pentru implant de organe artificiale sau aparate medicale care înlocuiesc organe sau regularizează funcții ale unor organe;

l) orice cheltuieli în legătură cu decesul Asiguratului.

6.2. Asiguratul nu este obligat să achite despăgubiri în următoarele cazuri:

- dacă Asiguratul sau gazda, însoțitorul, Medicul care a acordat asistența, unitatea medicală, etc., nu a informat Asiguratul de existența Cazului asigurat și cheltuielile efectuate în termenul prevăzut la art. 7.1 și art. 7.2.;
- dacă Asiguratul a efectuat orice alte cheltuieli care nu fac obiectul prezentului Contract de asigurare.

Cap. 7 OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI

7.1. La producerea evenimentului, Asiguratul este obligat să contacteze înainte de orice intervenție medicală Centrala de apel NON-STOP a Asiguratului la numărul de telefon, fax, adresa de e-mail înscrise în Polița de asigurare, precizând: numele și prenumele, seria și numărul Poliței de asigurare, informații detaliate cu privire la evenimentul produs, adresa la care se află și numărul de telefon la care poate fi contactat.

7.2. Dacă Asiguratul este în imposibilitatea obiectivă de a îndeplini obligația prevăzută la art. 7.1., atunci obligația acestuia trece asupra: gazdei, însoțitorului, Medicului care acordă asistență, unității medicale, etc.. În acest caz termenul este de maxim 48 de ore de la data și ora la care s-a produs evenimentul.

7.3. În cazul survenirii unui Eveniment asigurat, Asiguratul trebuie să depună orice efort pentru limitarea/stoparea consecințelor și costurilor acestuia.

7.4. Asiguratul trebuie să permită accesul liber al reprezentanților Asiguratului pentru evaluarea stării sale de sănătate.

7.5. Asiguratul trebuie să transmită Asiguratului, în maxim 30 de zile de la finalizarea intervențiilor medicale acoperite prin prezentul Contract de asigurare:

a) declarația detaliată cu privire la evenimentul produs, descrierea acestuia cu menționarea:

- cauzelor care au dus la producerea evenimentului;
- serviciilor de asistență medicală de care a beneficiat;
- în cazul în care a fost implicată și o terță parte (de exemplu coliziunea unor autovehicule): numele/denumirea, informațiile necesare pentru contactarea acesteia și dacă este posibil, acoperirea prin asigurare a terței părți, orice rapoarte ale poliței sau alte autorități competente referitoare la accident, precum și circumstanțele detaliate ale accidentului, numele martorilor;

b) cererea de despăgubire care să conțină obligatoriu:

- date personale (nume, prenume, domiciliu stabil/adresă de corespondență, cetățenie, telefon de contact);
- seria, numărul Poliței de asigurare și Perioada asigurată;
- declarația Asiguratului dacă a încheiat alte contracte de asigurare pentru aceleași riscuri acoperite de prezentul Contract de asigurare;
- natura evenimentului produs, locul, data și ora producerii acestuia;
- contravaloarea serviciilor de asistență medicală acordate ca urmare a evenimentului produs;
- enumerarea tuturor documentelor anexate;
- data și semnătura olografă.

c) documente anexate cererii de despăgubire:

- Polița de asigurare;
- copia certificatului de naștere;
- copia cărții de identitate;
- copia pașaportului;
- toate documentele medicale în original necesare pentru atestarea diagnosticului și a tratamentului urmat (raportul medical care descrie starea de sănătate, natura și gradul vătărilor corporale furnizând un diagnostic exact);
- totalitatea facturilor originale emise de furnizorii de servicii medicale și de transport sanitar de urgență, precum și documente originale care să ateste achitarea serviciilor respective;
- în cazul asistenței medicale stomatologice, facturile și documentele medicale trebuie să conțină informații privind dinții tratați și tratamentul aplicat;
- orice alte documente considerate de Asigurat necesare în vederea soluționării cererii de despăgubire.

7.6. În cazul aprobării despăgubirii:

- trebuie optat pentru modul în care se va efectua plata:
 - numerar la sediul Asiguratului;
 - mandat poștal;
 - virament bancar în contul IBAN (lei) indicat, menționând banca și sucursala.
- totalitatea documentelor depuse rămân la dosarul de daună.

7.7. Sancțiunea în cazul nerespectării obligațiilor Asiguratului

În cazul în care Asiguratul nu respectă vreuna din obligațiile de mai sus, Asiguratul este eliberat de obligația plății.

Cap. 8 STABILIREA ȘI PLATA DESPĂGUBIRII

8.1. Asiguratul acordă Despăgubire numai pentru costurile efectuate de Asigurat în Perioada asigurată fiind exonerat de obligația plății pentru orice costuri efectuate în afara acestei perioade.

8.2. Asiguratul acordă Despăgubire numai pentru tratamentele medicale efectuate atât timp cât starea sănătății Asiguratului nu este stabilă și transportul acestuia în România nu este posibil.

8.3. În cazul producerii mai multor Evenimente asigurate în cadrul aceleiași Perioade asigurate, Suma asigurată se diminuează începând cu cel de-al doilea Eveniment asigurat cu suma plătită de Asigurat pentru serviciile de care de-aia a beneficiat Asiguratul. Sumele plătite pe tipuri de cheltuieli vor fi deduse din Suma maximă asigurată.

8.4. În cazul în care un număr mai mare de 20 (douăzeci) Asigurați, implicați în același timp în unul și același Eveniment asigurat, solicită plata Despăgubirii conform prezentelor condiții de asigurare, Asiguratul este de acord ca limita maximă a despăgubirilor plătite de Asigurat să nu depășească Suma asigurată per eveniment, în valoare de 10.000 EUR, indiferent de valoarea totală a despăgubirilor solicitate, aplicându-se Regula proporționalității.

8.5. Facturile întocmite în Germania și recunoscute de către Asigurat vor fi achitate la factorul unitar (1,8 pentru prestații medicale respectiv 1,15 pentru prestații tehnice sau laborator) în conformitate cu GOÄ și GOZ, comparabil cu casele legale de sănătate AOK.

8.6. Asiguratul acordă Despăgubire numai pentru cheltuielile care nu sunt acoperite prin efectul altor asigurări. În cazul existenței unui alt tip de contract de asigurare care acoperă integral ori parțial aceleiași riscuri, Asiguratul va acorda Despăgubire, în limitele Sumei asigurate, numai pentru cheltuielile care exced celor de care Asiguratul beneficiază în baza altor asigurări.

8.7. Participația proprie/Franșiza la costurile serviciilor medicale are valoarea 0 EUR, 50 EUR sau 100 EUR per eveniment, conform opțiunii Asiguratului/Contractantului furnizată și completată în Chestionarul electronic.

8.8. Toate documentele întocmite de furnizorii de servicii medicale și de transport sanitar de urgență trebuie să conțină: numele/denumirea și adresa emitentului, a plătitorului, numele, prenumele și data nașterii Asiguratului, obiectul facturării (detalierea tuturor prestațiilor efectuate) decodificat (în cuvinte). Asiguratul poate pretinde ca documentele mai sus menționate emise într-o limbă străină să fie însoțite de o traducere autorizată în limba română, costurile acestea fiind suportate de către Asigurat.

În cazul în care Asiguratul suportă costul traducerii, acesta va fi scăzut din Despăgubirea cuvenită.

8.9. Asiguratul are obligația de a acorda Asiguratului, la cerere, toate informațiile exacte și complete necesare determinării Cazului asigurat și a cuantumului Despăgubirii.

8.10. Asiguratul, la cererea Asiguratului, este obligat să prezinte dovezi cu privire la data reală a începerii călătoriei în străinătate.

8.11. Asiguratul trebuie să declare dacă a încheiat și alte contracte de asigurare pentru aceleași riscuri acoperite de prezenta Asigurare.

8.12. Prin plata Poliței de asigurare emisă prin intermediul aplicației electronice a Asiguratului, Asiguratul este de acord ca în cazul apariției unui Eveniment asigurat să permită Asiguratului să obțină în numele său orice informație necesară pentru soluționarea Cazului asigurat de la terți, instituții medicale, Medici sau orice alt personal medical, societăți de asigurare, etc., eliberându-i de obligația păstrării secretului profesional. Informațiile obținute de Asigurat conform prezentului articol vor fi utilizate exclusiv în scopul soluționării dosarului de daună.

8.13. În situația în care Asiguratul nu-și respectă obligațiile prevăzute la cap. 7 art. 7.1. și art. 7.2. și motivul nerespectării este acceptat de către Asigurat ca posibil impediment al respectării obligațiilor respective. Asiguratul poate decide în cazuri cu totul excepționale să despăgubească prin derogare de la prezentele condiții de asigurare până la limita maximă de 300 EUR pe întreaga Perioadă asigurată. În această situație transmiterea documentelor conform obligației Asiguratului de la cap. 7 art. 7.5. se va face în termen de 3 zile lucrătoare de la data întoarcerii Asiguratului în România.

8.14. Asiguratul are dreptul să refuze plata despăgubirii dacă:

- Asiguratul nu-și îndeplinește obligațiile sau nu se conformează instrucțiunilor Asiguratului;
- în declarațiile Asiguratului se constată neadevăruri, falsuri, aspecte frauduloase sau în mod evident exagerări. În aceste situații Polița de asigurare devine nulă și nu mai poate produce efecte juridice;
- se constată nerespectarea oricăror prevederi ale prezentului Contract de asigurare.

8.15. Decontările se efectuează numai cu achitarea Asiguratului, la opțiunea sa, în unele cazuri, poate acoperi contravaloarea cheltuielilor medicale și de transport sanitar de urgență direct furnizorilor serviciilor respective.

8.16. Asiguratul va achita Despăgubirea stabilită în baza prezentului Contract de asigurare, în termen de 15 zile lucrătoare de la data primirii ultimului document care a dus la finalizarea dosarului de daună, în lei, la cursul de schimb al BNR valabil la data plății Despăgubirii.

Cap. 9 SOLUȚIONAREA DIVERGENȚELOR ȘI LITIGIILOR

9.1. Dacă Asiguratul a respins total sau parțial o pretenție de plată, este exonerat de obligația plății dacă Asiguratul nu ridică pretenția prin instanța de judecată în termen de șase luni de la refuzul scris al Asiguratului.

9.2. În legătură cu orice litigiu privind raportul dintre Asigurat și Asigurat, părțile prezentului Contract de asigurare înțeleg să încerce rezolvarea acestuia pe cale amiabilă, prin desfășurarea la sediul Asiguratului a cel puțin unei întâlniri de conciliere, conform prevederilor legale în vigoare. În cazul în care procedura de conciliere rămâne fără rezultat, litigiul se va supune spre rezolvare instanțelor de judecată competente din România.

9.3. Pentru costurile pe care Asiguratul le suportă, cu toate că acestea nu constituie o obligație de plată conform prezentelor condiții de asigurare, Asiguratul își rezervă dreptul de a obține returnarea acestora de la Asigurat pe căile legale.

În cazul în care Asiguratul face plăți de despăgubire sau emite garanții de preluare a cheltuielilor pentru evenimente care ulterior se constată că nu se încadrau în condițiile de asigurare, Asiguratul, unitatea medicală sau unitatea de transport sanitar de urgență au obligația de a restitui Asiguratului aceste sume în maxim 15 zile de la solicitarea lor de către Asigurat, iar Asiguratul nu va avea

nicio răspundere față de Asigurat sau față de cei către care a fost emisă garanția de preluare a cheltuielilor.

9.4. Încercarea de înșelătorie, falsificarea de documente în scopul fraudării Asiguratului de către Asigurat sau cei care înlesnesc asemenea fapte, se vor sancționa potrivit legii penale.

Cap. 10 SUBROGAREA ȘI REGRESUL

10.1. În limitele Despăgubirii plătite, Asiguratul este subrogat în toate drepturile Asiguratului contra celor răspunzători de producerea pagubei.

10.2. Asiguratul răspunde de prejudiciile aduse Asiguratului prin acte care ar împiedica realizarea dreptului prevăzut la articolul precedent.

Cap. 11 LEGEA APLICABILĂ

11.1. Legea aplicabilă prezentului Contract de asigurare și procedurii de soluționare a litigiilor este, în toate cazurile, legea română.

11.2. Orice divergență, care s-ar naște cu privire la interpretarea clauzelor prezentului Contract de asigurare după traducerea acestuia din limba română în oricare limbă străină, se soluționează potrivit textului original redactat în limba română.

Cap. 12 DISPOZIȚII FINALE

12.1. Toate comunicările între Asigurat și Asigurat în baza prezentului Contract de asigurare se vor face întotdeauna în scris.

12.2. Prin plata Poliței de asigurare emisă prin intermediul aplicației electronice a Asiguratului, Asiguratul este de acord în mod expres și neechivoc ca datele sale personale înscrise în Polița de asigurare să fie utilizate de Asigurat în scopuri statistice și de evidență. Datele astfel obținute nu vor putea fi prelucrate decât de Asigurat, acesta obținându-se să nu furnizeze respectivele date către terți.

12.3. Asiguratul are dreptul de acces la datele cu caracter personal pe care le furnizează, dreptul de intervenție asupra datelor și dreptul de opoziție, așa cum acestea sunt reglementate de dispozițiile art. 13, 14 respectiv 15 din Legea 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date. Asiguratul își poate exercita drepturile prevăzute în alineatul precedent, depunând la Asigurat o cerere în formă scrisă, datată și semnată. În cerere, solicitantul poate arăta dacă dorește ca informațiile să fie comunicate la o anumită adresă care poate fi și de poșta electronică sau printr-un serviciu de corespondență care să asigure că predarea i se va face numai personal.

12.4. Titlurile capitolelor/articolelor nu produc efecte juridice, ele fiind pur orientative, conținutul acestora fiind cel care primează. Interpretarea conținutului unui capitol, articol sau al unui alineat se va face în contextul tuturor prevederilor acestui Contract de asigurare.

12.5. Drepturile de Despăgubire dobândite în baza prezentului Contract de asigurare nu pot fi cesionate și nici transferate către terțe persoane decât cu acordul expres al Asiguratului.

12.6. Lipsa invocării unui drept sau beneficiu, recunoscut uneia dintre părți prin prezentul Contract de asigurare, nu reprezintă o renunțare la dreptul sau beneficiul respectiv.

12.7. Asiguratul răspunde față de Asigurat pentru prejudiciile aduse prin acte care ar împiedica exercitarea dreptului de regres împotriva persoanelor răspunzătoare de producerea Evenimentului asigurat. Dacă Asiguratul renunță la drepturile sale de despăgubire față de terții răspunzători, după descărcare sau face o tranzacție, etc., despăgubirea care ar fi fost cuvenită se va reduce în mod corespunzător cu sumele care au făcut obiectul acestor acte juridice. Dacă despăgubirea a fost deja plătită, Asiguratul este obligat să înapoieze despăgubirea încasată.

12.8. Prin plata Poliței de asigurare emisă prin intermediul aplicației electronice a Asiguratului, Asiguratul/Contractantul declară că a luat la cunoștință de informațiile prevăzute de legislația în vigoare privind încheierea contractelor de asigurare, precum și conținutul prezentelor condiții de asigurare înainte de emiterea Poliței de asigurare, declarând expres că a analizat și cunoaște limitările în timp și de conținut inserate în prezentele condiții de asigurare și le consideră rezonabile, utile și necesare.