

Condiții de Asigurare - Plan de Protecție a Familiei

1. Prevederi generale

Obiectul asigurării îl constituie protecția financiară în cazul producerii unui Accident care determină apariția unuia dintre Evenimentele Asigurate produse pe durata de acoperire indicată în Specificația Poliței.

Această Asigurare este facultativă și oferă acoperire pentru Evenimente Asigurate ce se încadrează în clasa A1: asigurări de accidente, prevăzute în Anexa 1 din Legea nr. 237/2015, privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare.

În vederea distribuirii produsului de asigurare, Brokerul oferă consultanță Clienților acestuia - exclusiv la solicitarea acestora în cazul vânzării directe sau în cursul apelului telefonic, când vânzarea se face prin intermediul mijloacelor tehnice la distanță - prin circumstanțierea produsului de asigurare în raport cu cerințele și necesitățile Clienților. Informațiile detaliate cu privire la produsul de asigurare se regăsesc în documentul unic numit PID - "Document de informare privind produsul de asigurare", precum și în prezentul document și sunt oferite Clienților pe suport durabil la momentul vânzării directe sau sunt transmise ulterior prin e-mail/postă în cazul vânzării prin intermediul mijloacelor tehnice la distanță.

2. Definiții

În cuprinsul prezentului document, cu excepția cazului când se prevede expres contrariul, termenii și expresiile de mai jos vor avea următoarele semnificații, aplicabile deopotrivă formelor de plural și de singular, forma articulată sau nearticulată:

Accident - Eveniment subit, neprevăzut, provenit din afară și fără voința Asiguratului, care survine în perioada de valabilitate a asigurării și care provoacă urmări precum vătămarea corporală sau decesul Asiguratului.

Se consideră Accident: lovirea, căderea, alunecarea, tăierea, înțeparea, atacul din partea unei persoane sau a unui animal, înecul, asfixierea involuntară, accidente provocate de evenimente sau calamități naturale, accidentele de circulație etc.

Nu pot fi incluse în această categorie evenimentele care nu sunt datorate unor cauze exterioare, ci sunt datorate unor cauze interne medicale, cum ar fi accidentul vascular, atacul ischemic, ruptura vasculară etc. Enumerarea evenimentelor este doar ilustrativă, nu exhaustivă.

Accident de circulație - este evenimentul care întrunește cumulativ următoarele condiții:

- s-a produs pe un drum deschis circulației publice ori și-a avut originea într-un asemenea loc;
- în eveniment a fost implicat cel puțin un vehicul în mișcare;
- survine în perioada de valabilitate a asigurării și provoacă urmări precum vătămarea corporală sau decesul Asiguratului.

Intermediar principal - Broker - BNP Paribas Personal Finance SA Paris Sucursala București, cu sediul în Oregon Park, soseua Pipera, numărul 46D-46E-48, clădirea C, etaj 6, sector 2, București, România, având Codul Unic de Înregistrare 38627806, înregistrată în Registrul Comerțului sub nr. J40/20815/2017, număr EUID: ROONRC J40/20815/2017, înregistrată în Registrul Instituțiilor de Credit sub nr. RB-PJS-40-074/15.01.2018, Cod Unic de Înregistrare în Registrul Intermediarilor în asigurări din Franța 07023128 (sucursala a BNP Paribas Personal Finance SA, societate pe acțiuni înființată conform legilor din Franța, având sediul social în Bulevardul Haussmann nr. 1, Paris, 75009, Franța, înregistrată la Registrul Comerțului și Societăților din Paris sub numărul 542 097 902) precum și înregistrată în Registrul Asiguratorilor și Intermediarilor din SEE, disponibil spre consultare pe site-ul Autorității de Supraveghere Financiară din România, având calitatea de Broker în asigurări și poate desfășura activitatea de intermediere pentru și în numele asigurătorului care oferă potențialilor clienți, produsele de asigurare promovate de către Asigurator și intermediare în baza Contractului dintre părți.

Asigurat/Client/Contractantul Asigurării - Persoana fizică cetățean sau rezident permanent în Uniunea Europeană sau în Spațiul Economic European, care deține un Card de Credit oferit de BNP Paribas Personal Finance SA Paris Sucursala București și care încheie asigurarea pentru riscurile precizate în Polita de Asigurare.

Asigurarea nu se acordă cetățenilor americani sau persoanelor cu o dublă cetățenie americană, persoanelor care dețin o „carte verde” sau persoanelor care fac obiectul impozitării în SUA.

Asigurator - Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Paris Sucursala București, cu sediul social în București, Str. Gheorghe Țițeica nr. 212 - 214, etaj 7, Sector 2, CUI 24617128, J40/17709/2008, Cod Registrul Asiguratorilor și Intermediarilor din spațiul economic european RX-782, Tel: + 40 31 226 11 11, Fax: +40 31 226 11 00, e-mail: ro-office@cardif.com (sucursală a companiei franceze Cardif-Assurances Risques Divers S.A., Paris, Franța, B-dul Haussmann nr. 1, 75009, Registrul Comerțului și Societăților din Paris sub nr. 308 896 547/17.12.1976).

Autovehicul - orice vehicul echipat cu motor, utilizat în mod obișnuit pentru transportul persoanelor sau mărfurilor ori pentru tractarea vehiculelor utilizate pentru transportul persoanelor sau mărfurilor. În această categorie sunt incluse și mopede, de tipul trotinetelor cu motor.

Beneficiar - Asiguratul, iar în caz de Deces al acestuia, beneficiarii asigurării vor fi beneficiarul numit sau dacă acesta nu poate fi identificat/refuză să primească indemnizația, beneficiarii pot fi moștenitorii legali sau testamentari, în condițiile prevăzute de lege.

Deces - Moartea Asiguratului ca urmare a unui Accident/Accident de circulație, care survine în decurs de maximum 1 (un) an de la Accidentul produs în Perioada asigurată.

Consultanță - informațiile furnizate de către Broker la inițiativa acestuia sau la solicitarea Clientului, în legătură cu produsul de asigurare.

Canal de distribuție - Asigurarea este distribuită direct sau prin intermediul mijloacelor tehnice la distanță, prin utilizarea apelului telefonic, Pentru polițele achiziționate prin intermediul mijloacelor tehnice la distanță, se va folosi comunicarea documentelor prin mijloace electronice (utilizarea adresei de e-mail) sau servicii poștale și/sau curierat.

Eveniment Asigurat - Reprezintă un eveniment viitor și imprevizibil care duce la producerea unui Accident/Accident de circulație a cărui victimă este Asiguratul și la apariția căruia Asiguratorul are obligația de a plăti Indemnizația.

Excluderi din asigurare - situațiile precizate la capitolul "Excluderi ale Poliței" în care Asiguratorul nu datorează indemnizația de asigurare, deși s-a produs riscul asigurat.

Fractură - Ruptura unui os provocată de un traumatism provocat de un Accident.

Fractura patologică - Fractura/leziunea produsă la nivelul unui os afectat de o boală (osteoporoză, infecție, tumoră, displazie etc.).

Indemnizația/Indemnizația de Asigurare - Suma care este plătită Beneficiarului în cazul producerii unui Eveniment Asigurat, conform Specificației Poliței.

Indemnizația Suplimentară - Suma de valoare egală cu Indemnizația de Asigurare, care este plătită Beneficiarului în plus față de Indemnizația de Asigurare numai pentru Evenimentele Asigurate de Invaliditate Totală și Permanentă și Deces produse ca urmare a unui Accident de circulație.

Invaliditate Totală și Permanentă ca urmare a unui Accident - Vătămare corporală ca urmare a unui Accident, constatată de medicul expert al asigurărilor sociale, care împiedică total Asiguratul să desfășoare activități care i-ar aduce un venit, salariu, câștiguri sau profit în cadrul oricărei ocupații/profesii și care determină pensionarea pe caz de invaliditate a Persoanei Asigurate (gradul I sau II conform Legii nr. 263/2010) și care survine în decurs de maximum 1 (un) an de la Accidentul produs în Perioada asigurată.

Chirurgia din Accident - Procedură medicală efectuată în scop terapeutic sau de diagnosticare, la recomandarea unui medic specialist și care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- este efectuată de către unul sau mai mulți chirurghi cu drept de exercitare a profesiei, în secția de chirurgie a unui Spital sau cabinet de chirurgie ambulatoriu conform standardelor și normelor medicale recunoscute de Organizația Mondială a Sănătății;
- implică efectuarea unei anestezii locale, regionale sau generale și a unor manevre chirurgicale specifice diagnosticului preoperator.

Limita Indemnizației de Asigurare/Suma Asigurată - Valoarea maximă pe care Asiguratorul o plătește conform Specificației Poliței pentru fiecare dintre Evenimentele Asigurate produse și acoperite de asigurare. Asiguratorul este exonerat de plata sumelor suplimentare limitelor menționate în Specificația Poliței.

Medic – Persoană care prestează servicii medicale conform dreptului său de liberă practică eliberat de către autoritatea publică și de către o instituție academică acreditată, în vederea prescrierii sau aplicării de tratamente.	
Pacient Internat – Asiguratul internat într-un Spital ca urmare a unui Accident, într-o secție specificată de un Medic al Spitalului, ca pacient tratat la pat, cu acte de internare timp de minimum o (1) zi, ca necesitate medicală conform sfatului unui Medic în scopul îngrijirii, alta decât îngrijirea la domiciliu.	
Perioada de Asigurare/Perioada asigurată – Reprezintă intervalul de timp menționat în Specificația Poliței care începe la ora 00:00 a primei zile de asigurare și încetează la ora 24:00 a ultimei zile de acoperire, pe parcursul căruia Asigurătorul preia răspunderea pentru consecințele producerii Evenimentelor Asigurate.	
Perioada de așteptare – Prima zi de Spitalizare ca urmare a unui Accident. După expirarea acestei perioade se va calcula și plăti Indemnizația de Asigurare retroactiv, începând cu prima zi de Spitalizare.	
Poliță, Poliță de Asigurare – Contractul de asigurare cuprinzând Specificația, Condițiile de Asigurare, Cererea de Asigurare, eventualele acte adiționale și orice alt document anexat.	
Prima de asigurare – Suma menționată în Specificația Poliței, datorată de Asigurat în schimbul preluării de către Asigurător a răspunderii privind producerea Evenimentelor Asigurate. Prima de asigurare trebuie plătită de către Asigurat în termenul stabilit la articolul 6.	
Data producerii Evenimentului Asigurat – În funcție de Evenimentul Asigurat, Asigurătorul ia în calcul următoarele date:	
Eveniment asigurat	Data producerii evenimentului
Deces din Accident	Data menționată în Certificatul de deces
Invaliditate Totală și Permanentă din Accident	Data stabilită în Decizia medicală asupra capacității de muncă emisă în baza Legii nr. 263/2010, cu modificările și completările ulterioare
Spitalizare ca urmare a unui Accident	Data menționată în biletul de internare emis de Spital
Fractura ca urmare a unui Accident	Data producerii menționată în documentele constatatoare ale Accidentului
Chirurgia ca urmare a unui Accident	Data efectuării intervenției chirurgicale, așa cum reiese din documentele medicale emise de Spitalul în care Asiguratul a fost internat
Spital – Este unitatea sanitară cu paturi, de utilitate publică, cu personalitate juridică, proprietate publică sau privată, care asigură servicii medicale pentru îngrijirea bolnavilor, accidentaților sau răniților. Unitatea sanitară trebuie să dețină toate autorizațiile de funcționare și după caz de acreditare, conform legislației în vigoare. Nu sunt considerate Spitale: centrele de recuperare, centrele de asistență medicală extinsă, căminele de bătrâni, stațiunile balneare și sanatoriile.	
Spitalizare ca urmare a unui Accident – Situația în care Asiguratul are calitatea de Pacient Internat, ca urmare directă și nemijlocită a suferinii unui Accident, pentru o perioadă de cel puțin o (1) zi, în conformitate cu prevederile Poliței.	
Vătămare corporală – Leziune fizică a corpului, detectabilă din punct de vedere medical, cauzată de un Accident produs în perioada de valabilitate a asigurării.	
Vehicul – sistemul mecanic care se deplasează pe drum, cu sau fără motor, utilizat în mod curent pentru transportul de persoane și/sau bunuri ori pentru efectuarea de servicii sau lucrări.	
Zi de spitalizare – ziua calendaristică în care Asiguratul a fost internat în Spital (în calitate de Pacient internat). Frațiunile de zi sunt considerate zile întregi.	

3. EVENIMENTE ASIGURATE

Asigurarea este oferită sub forma unui pachet unic de asigurare și acoperă următoarele Evenimente:

- Decesul ca urmare a unui Accident;**
- Invaliditatea Totală și Permanentă ca urmare a unui Accident;**
- Spitalizarea ca urmare a unui Accident;**
- Chirurgia ca urmare a unui Accident;**
- Fractura ca urmare a unui Accident.**

4. INDEMNIZAȚII DE ASIGURARE

- În cazul tuturor Evenimentelor Asigurate, Indemnizația de asigurare se va plăti după primirea și analizarea de către Asigurător a tuturor documentelor solicitate Asiguratului/moștenitorului desemnat/moștenitorilor legali sau testamentari/reprezentanților legali ai acestuia pentru dovedirea producerii acestora.
- Termen de plată Indemnizație de asigurare:** în cazul în care Asigurătorul acceptă dosarul de daună, plata Indemnizației va fi efectuată în maximum 15 zile lucrătoare de la data primirii ultimului document solicitat.
- Termen de comunicare a deciziei de refuz:** decizia Asigurătorului în ceea ce privește refuzul de acordare a Indemnizației de asigurare va fi comunicată în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii ultimului document solicitat.
- Mod de plată:** Indemnizația se plătește prin transfer bancar în contul declarat de către Beneficiar.
- Indemnizația pentru Deces ca urmare a unui Accident:** este egală cu Suma Asigurată aferentă riscului de Deces menționată în Specificația Poliței.
- În cazul în care Decesul este cauza directă a unui Accident de circulație, în plus față de Indemnizația de Asigurare se va acorda Indemnizația Suplimentară.
- Indemnizația pentru Invaliditate Totală și Permanentă ca urmare a unui Accident:** este egală cu Suma Asigurată aferentă acestui risc așa cum este menționată în Specificația Poliței.
- În cazul în care Invaliditatea Totală și Permanentă este cauza directă a unui Accident de circulație, în plus față de Indemnizația de Asigurare se va acorda Indemnizația Suplimentară.
- Indemnizația pentru Spitalizare ca urmare a unui Accident:**
 - Dreptul la Indemnizația de Asigurare pentru Spitalizare ca urmare a unui Accident se naște dacă Spitalizarea Asiguratului durează cel puțin o (1) zi (Perioada de așteptare).
 - Valoarea indemnizației zilnice se regăsește în Specificația Poliței și se acordă pentru fiecare zi (inclusiv pentru Perioada de așteptare) în care Asiguratul este spitalizat ca urmare a unui Accident.
 - Indemnizația totală plătită de Asigurător pentru un caz de Spitalizare ca urmare a unui Accident este calculată prin înmulțirea indemnizației zilnice de Spitalizare cu numărul efectiv de zile de Spitalizare.
 - Asigurătorul va plăti Indemnizația de Asigurare pentru Spitalizare ca urmare a unui Accident după încheierea perioadei de Spitalizare, în conformitate cu prevederile prezentelor Condiții de Asigurare.
 - Pe întreg parcursul valabilității Poliței de Asigurare sunt asigurate un număr maxim de zile de Spitalizare, conform Specificației Poliței. Fiecare zi de Spitalizare pentru care Asigurătorul a acordat Indemnizația de Asigurare se va scădea din maximul total de zile asigurate.
- Indemnizația pentru Chirurgia ca urmare a unui Accident:** în cazul în care Asiguratul va fi internat în Spital și va fi supus unei intervenții chirurgicale ca urmare a unui Accident, Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare menționată în Specificația Poliței, indiferent de valoarea totală a cheltuielilor ocazionate de intervenția chirurgicală și independent de alte despăgubiri. Dacă se efectuează mai multe

proceduri/intervenții chirurgicale ca urmare a unui singur eveniment asigurat, Asiguratorul va plăti o singură Indemnizație de Asigurare aferentă Accidentului notificat.

- 4.11. **Indemnizația oferită în cazul unei Fracturi ca urmare a unui Accident:** în cazul în care Asiguratul este diagnosticat cu o Fraktură provocată de un Accident, Asiguratorul va plăti Indemnizația de Asigurare menționată în Specificația Poliței. Dacă în urma aceluiași Accident s-au produs mai multe fracturi, Asiguratorul va plăti o singură Indemnizație de Asigurare, indiferent de numărul acestora.
- 4.12. **Indemnizația oferită în cazul Evenimentelor Asigurate care se produc concomitent:** în această situație, Asiguratorul va plăti Indemnizația de Asigurare pentru fiecare Eveniment Asigurat în parte, în limitele stabilite conform acestei secțiuni și conform celor precizate în Specificația Poliței.
- 4.13. **Reducerea Indemnizației:** în cazul în care Asiguratul își încalcă obligațiile cuprinse în prezentele Condiții de Asigurare, Asiguratorul este îndreptățit să reducă Indemnizația de Asigurare în mod proporțional cu impactul încălcării obligațiilor respective.
- 4.14. **Refuzul acordării indemnizației:** independent de alte situații care contravin Condițiilor de Asigurare, Asiguratorul își rezervă dreptul de a refuza acordarea indemnizației de asigurare dacă:
- a) Va afla că Asiguratul a prezentat informații false, înșelătoare, incomplete sau incorecte pe care Asiguratorul le-a considerat importante pentru acceptarea în Asigurare, astfel încât nu ar fi oferit Asigurarea persoanei respective în cazul în care ar fi cunoscut realitatea și exactitatea informațiilor prezentate.
 - b) Asiguratul/beneficiarul desemnat/moștenitorii legali/testamentari ai acestuia, după caz, oferă în mod intenționat informații neadevărate sau în mare măsură distorsionate sau ascunde informații importante cu privire la circumstanțele producerii Evenimentului Asigurat.
 - c) Asiguratul se regăsește în situațiile prevăzute la capitolul "Excluderi ale Poliței".
- 4.15. **Numărul maxim de Evenimente Asigurate pe întreaga durată a Asigurării:** este stabilit conform mențiunilor din Specificația Poliței.

5. EXCLUDERI ALE POLIȚEI

Asiguratorul nu datorează Indemnizații de Asigurare pentru Evenimentele Asigurate produse în legătură directă sau indirectă cu condițiile prevăzute la articolele de mai jos sau consecințe ale acestora, după caz:

5.1. Excluderi comune pentru toate Evenimentele Asigurate:

- a) Automutilare, indiferent de starea mentală a Asiguratului;
- b) Orice sport practicat la nivel profesionist, situație în care Asiguratul deține licență de sportiv profesionist și/sau un contract individual de muncă încheiat cu o structură sportivă sau deține un contract de activitate sportivă;
- c) Orice sport care necesită: folosirea unui aparat de zbor cu sau fără motor, folosirea unui vehicul cu motor sau care implică participarea unui animal;
- d) Orice activitate subacvatică (care implică scufundarea Asiguratului sub apă);
- e) Orice formă de război sau act de război (declarat sau nu), invazie, ostilitate, război civil, rebeliune, revoltă, mișcare socială, grevă sau insurecție, activități de destabilizare a autorităților, dictatură militară sau uzurparea puterii, lege marțială, stare de urgență, precum și participarea activă la acte de violență, acte teroriste și sabotaje;
- f) Participarea la lupte (organizate/de stradă), crime sau alte activități infracționale;
- g) Decesul sau vătămarea corporală cauzat(ă) de acte intenționate ale unui Beneficiar;
- h) Explozii nucleare, radiații ionice, contaminarea radioactivă cu combustibil sau deșeuri nucleare;
- i) Desfășurarea de activități care implică manipularea de materiale radioactive, toxice, explozive sau cu orice alte proprietăți inflamabile al oricărui ansamblu sau component nuclear explozibil;
- j) Manipularea armelor, a substanțelor explozive, inflamabile și/sau toxice, în lipsa unei calificări de specialitate corespunzătoare;
- k) Abuzul de alcool (mai mult de 0,40 mg/l alcool pur în aerul expirat, respectiv mai mult de 0,8 g/l alcool pur în sânge), medicamente și droguri, altele decât cele prescrise și administrate sub supravegherea medicului;
- l) Orice intervenție medicală realizată de o persoană nelicențiată/neautorizată;
- m) Orice Accident de circulație neraportat la organele de poliție;
- n) Orice eveniment în cazul în care Asiguratul prezintă informații false, incomplete sau distorsionate în legătură cu producerea acestuia;
- o) Neindeplinirea condițiilor de eligibilitate la data aderării la Asigurare;
- p) Orice Accident ce are drept cauză nașterea, întreruperea voluntară a sarcinii și consecințele acestora;
- q) Orice Accident ce are drept cauză intervenții chirurgicale opționale (chirurgia cosmetică/estetică opțională, donarea de organe);
- r) Orice Accident ce are drept cauze stresul, anxietatea, depresia, tulburări psihice sau orice altă cauză de origine neuro-psihiatrică și consecințele acestora.
- s) Invaliditatea Totală și Permanentă/Decesul ca urmare a unui Accident/Accident de circulație care survine după 1 (un) an de la data producerii Accidentului.

5.2. Excluderi Specifice pentru Spitalizarea ca urmare a unui Accident:

- a) Orice Spitalizare ca urmare a unui Accident, a cărei primă zi de internare intervine după mai mult de 90 de zile de la producerea respectivului Accident.

5.3. Excluderi Specifice pentru Chirurgia din Accident:

- a) Intervențiile care implică exclusiv incizie, drenaj sau puncție la orice nivel, precum și injectarea de substanțe terapeutice sau diagnostice;

5.4. Excluderi Specifice pentru Fractura ca urmare a unui Accident:

- a) Fracturile patologice.

6. PRIMA DE ASIGURARE

Prima de asigurare este unică și se plătește de către Asigurat în favoarea Asiguratorului, prin intermediul Brokerului, conform Specificației Poliței.

6.1. Modalități de plată: Prima de asigurare poate fi plătită:

- a) în numerar;
- b) prin intermediul unui Card Cetelem.

6.2. Termen de plată: Prima de asigurare trebuie plătită în momentul achiziționării Poliței.

În caz de neplată a Primei de asigurare la termenul de plată și în cuantumul prevăzut, Polița își încetează efectele juridice, iar răspunderea Asiguratorului încetează, fără a fi necesară nicio notificare (în scris) sau altă formalitate prealabilă din partea Asiguratorului.

7. DURATA ASIGURĂRII. ÎNCETARE / RENUNȚARE LA ASIGURARE

7.1 ÎNCEPUTUL ȘI DURATA ASIGURĂRII

Răspunderea Asiguratorului începe în următoarea zi calendaristică (ora 00:00) semnării sau confirmării Specificației Poliței și emiterii Poliței, sub rezerva plății primei de asigurare de către Asigurat.

Răspunderea Asiguratorului încetează la ora 24:00 a ultimei zile a perioadei de asigurare sau anterior acestei date conform altor situații prevăzute în prezentul document.

7.2 RENUNȚAREA LA ASIGURARE:

Asiguratul/Asiguratorul are dreptul oricând, prin transmiterea unei notificări scrise, să denunțe unilateral contractul de asigurare.

În situația în care solicitarea de denunțare este transmisă de către oricare dintre părți, contractul va înceta în următoarele condiții:

- a) Dacă solicitarea este transmisă în primele 30 de zile de la începerea perioadei de asigurare și Asiguratorul nu a plătit și nu datorează Indemnizația de Asigurare, Asigurarea se va anula începând cu data subscrierii, cu restituirea integrală a primei de asigurare încasată;

- b) Dacă solicitarea este transmisă după primele 30 de zile de la începerea perioadei de asigurare și Asigurătorul a plătit sau datorează Indemnizația de Asigurare pentru evenimente survenite înainte de denunțare, Asigurarea va înceta în 30 zile calendaristice de la primirea notificării cu restituirea diferenței de primă, calculată pro-rata temporis, pentru perioada ulterioară denunțării, dacă va fi cazul.
- c) Dacă solicitarea este transmisă oricând pe parcursul perioadei asigurate și Asigurătorul a plătit sau datorează Indemnizația de Asigurare pentru evenimente survenite înainte de denunțare, Asigurarea va înceta în 30 zile calendaristice de la primirea notificării, cu restituirea diferenței de primă, calculată pro-rata temporis, pentru perioada ulterioară denunțării, dacă va fi cazul.

Modul de calcul al diferenței de primă pro rata temporis este următorul: $c * (d / n)$, unde c reprezintă numărul de luni rămase de acoperit din durata Perioadei de Asigurare (fracțiunile de lună deja acoperite vor fi considerate luni întregi), n reprezintă durata inițială a Perioadei de Asigurare exprimată în luni, iar d este Prima de Asigurare.

Dacă înainte de începerea răspunderii Asigurătorului, Evenimentul Asigurat s-a produs și asigurarea a rămas fără obiect sau dacă după începerea răspunderii producerea Evenimentului Asigurat a devenit imposibilă, contractul de asigurare se desființează de drept, iar prima de asigurare pentru perioada ulterioară încetării contractului, calculată pro-rata temporis se restituie.

Termenul de restituire a primei nedatorate în condițiile menționate mai sus este de 30 zile calendaristice de la data primirii de către Asigurător a notificării de denunțare.

7.3 ÎNCETAREA ASIGURĂRII

Acoperirea ce rezultă din Polița de Asigurare va înceta deplin drept, fără intervenția instanței judecătorești și fără a fi necesară îndeplinirea vreunei formalități, în următoarele situații:

- a) la ora 00.00 a zilei în care Asiguratul împlinește vârsta de 70 de ani;
- b) la ora 24.00 a datei de expirarea a Poliței de Asigurare;
- c) la data decesului Asiguratului sau a încadrării în Invaliditate Totală și Permanentă;
- d) în cazul în care Asiguratul nu acceptă noile Condiții de Asigurare;
- e) în cazul încălcării legilor privind combaterea spălării banilor, a finanțării actelor de terorism, lupta împotriva corupției, respectarea sancțiunilor financiare sau embargourilor;
- f) în situația stabilită în baza articolului 12.12;
- g) în alte situații stabilite conform legii.

8. PROCEDURA ÎN CAZUL UNEI DAUNE

În situația în care intervine un Eveniment Asigurat, Asiguratul (sau beneficiarul numit/moștenitorii legali/testamentari/reprezentanții acestuia) are (au) obligația de a comunica cât de curând posibil Asigurătorului producerea Evenimentului Asigurat prin completarea formularului "Notificarea Evenimentului Asigurat", precum și de a furniza toate documentele și informațiile solicitate de Asigurător.

Documente necesare analizei dosarului de daună.

Asigurătorul va solicita Asiguratului (sau în situația Decesului acestuia, moștenitorilor săi legali) furnizarea următoarelor documente:

8.1 În cazul Decesului din Accident:

- a) formularul completat al Asigurătorului – Notificarea Evenimentului Asigurat;
- b) copia Certificatului Medical Constatator al Decesului;
- c) copia raportului de autopsie, dacă aceasta a fost efectuată;
- d) copia procesului verbal de la locul Accidentului / alte documente emise de organele competente de a stabili cauzele și împrejurările care au dus la producerea Accidentului;
- e) declarație persoanei care notifică evenimentul din care să rezulte circumstanțele și împrejurările producerii Accidentului, în cazul în care aceasta a fost implicat într-un alt fel de accident decât rutier/ de muncă, acolo unde este cazul;
- f) copia Certificatului de moștenitor/copia actului de succesiune, în cazul mai multor moștenitor/documentelor de identificare a beneficiarului numit;
- g) copia extrasului de cont al beneficiarului numit/moștenitorului/moștenitorilor, din care să reiasă codul IBAN al contului în care Asigurătorul urmează să efectueze plata Indemnizației;
- h) copia actului de identitate al beneficiarului numit/moștenitorului/moștenitorilor;
- i) copia Poliței de Asigurare și a Cererii de Asigurare.

8.2 În cazul Invalidității Totale și Permanente ca urmare a unui Accident:

- a) formularul completat al Asigurătorului – Notificarea Evenimentului Asigurat;
- b) copia Deciziei medicale asupra capacității de muncă eliberată de Casa Teritorială de Pensii (care cuprinde gradul de invaliditate și diagnosticul care a determinat invaliditatea);
- c) copia procesului verbal de la locul Accidentului / alte documente de la organele competente de a stabili cauzele și împrejurările care au dus la producerea evenimentului asigurat, dacă aceasta s-a datorat unui accident rutier/ de muncă;
- d) declarație dată pe proprie răspundere din care să rezulte circumstanțele și împrejurările producerii Accidentului, în cazul în care aceasta a fost implicat într-un alt fel de accident decât rutier/ de muncă, acolo unde este cazul;
- e) copia actului de identitate al Asiguratului;
- f) copie după extrasul de cont al Asiguratului, din care să reiasă codul IBAN al contului în care Asigurătorul urmează să efectueze plata Indemnizației;
- g) copia Poliței de Asigurare și Cererii de Asigurare.

8.3 În cazul Chirurgiei/Spitalizării/Fracturii ca urmare a unui Accident:

- a) formularul completat al Asigurătorului – Notificarea Evenimentului Asigurat;
- b) copia procesului verbal de la locul accidentului / alte documente de la organele competente de a stabili cauzele și împrejurările care au dus la producerea evenimentului asigurat, dacă aceasta s-a datorat unui accident rutier/ de muncă;
- c) declarație dată pe proprie răspundere din care să rezulte circumstanțele și împrejurările producerii accidentului, în cazul în care aceasta a fost implicat într-un alt fel de accident decât rutier/ de muncă;
- d) copie a biletului de internare/externare din Spital sau copie după Foaia de Observație din Spital sau a unui alt document medical care să ateste producerea Evenimentului Asigurat/efectuarea intervenției chirurgicale, după caz;
- e) copia actului de identitate a Asiguratului;
- f) Fișa Medicală a Asiguratului, dacă este cazul;
- g) copie după extrasul de cont al Asiguratului, din care să reiasă codul IBAN al contului în care Asigurătorul urmează să efectueze plata Indemnizației;
- h) copia Poliței de Asigurare și Cererii de Asigurare.

8.4 În cazul neprezentării documentelor solicitate în legătură cu Evenimentul Asigurat, Asigurătorul va considera suspendată obligația sa de a oferi Indemnizația de Asigurare până la prezentarea acestora.

8.5 Asigurătorul are dreptul să efectueze orice investigație detaliată suplimentară cu privire la Asigurat sau legată de circumstanțele producerii Evenimentului Asigurat.

8.6 Asigurătorul își rezervă dreptul de a examina faptele pe cont propriu, de a solicita Asiguratului sau moștenitorilor acesteia orice alte documente pe care Asigurătorul le consideră necesare și de a solicita în formă originală sau copie legalizată documentele deja primite.

8.7 La cererea Asigurătorului, Asiguratul este obligată să se supună unei examinări medicale efectuate de către medicul indicat de Asigurător, pe cheltuiala Asigurătorului și să urmeze tratamentul medical conform recomandărilor medicului.

În cazul în care Asiguratul solicită o reexaminare medicală, aceasta este obligată să suporte costurile reexaminării. Dacă se constată că solicitarea Asiguratului a fost îndreptățită, Asigurătorul va rambursa acesteia costurile reexaminării.

În caz de dubiu, obligația de a demonstra că respectivul Eveniment Asigurat a intervenit conform celor declarate revine Asiguratului sau în cazul decesului acestuia, beneficiarului numit/moștenitorilor săi legali/testamentari.

Toate costurile asociate transferului sau obținerii documentelor solicitate vor cădea în sarcina Asiguratului sau în cazul Decesului, beneficiarului numit/moștenitorilor legali/testamentari al/ai Asiguratului.

9. RECLAMAȚII ȘI LITIGII

9.1 Reclamații în legătură cu Intermediarul/Brokerul

Orice reclamație transmisă de către Asigurat/beneficiarul numit/moștenitorii săi legali sau testamentari/reprezentanții acestuia, după caz, cu privire la serviciile oferite de Intermediar/Broker, legate de asigurare, va fi soluționată pe cale amiabilă, prin formularea unei sesizări scrise la sediul Intermediarului/Brokerului. Această sesizare va fi analizată de Biroul Relații cu Clienții în termen de maximum 30 zile de la data primirii sale, urmând a se transmite un răspuns scris, punctual și argumentat către persoana care a formulat sesizarea. Aceasta nu afectează dreptul de a apela la Entitatea de Soluționare Alternativa a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SALFIN.ro), Autoritatea Natională pentru Protecția Consumatorului (0219551), Autoritatea de Supraveghere Financiară (0800 825 627) sau dreptul de a se adresa instanțelor judecătorești competente.

9.2 Reclamații în legătură cu Asigurătorul

Orice reclamație transmisă în legătură cu Contractul de Asigurare va fi soluționată pe cale amiabilă, prin formularea unei sesizări scrise la sediul Asigurătorului. Această sesizare va fi analizată de Biroul Relații cu Clienții în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii sale, urmând a se transmite un răspuns scris, punctual și argumentat către persoana care a formulat sesizarea. Aceasta nu afectează dreptul de a apela la Entitatea de Soluționare Alternativa a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SALFIN.ro), Autoritatea Natională pentru Protecția Consumatorului (0219551), Autoritatea de Supraveghere Financiară (0800 825 627) sau dreptul de a se adresa instanțelor judecătorești competente.

9.3 Litigii

Orice litigiu apărut în legătură cu serviciile de asigurare oferite va fi rezolvat pe cale amiabilă. În cazul în care nu s-a reușit stingerea conflictului pe cale amiabilă, competența revine instanțelor de judecată române.

10. FORȚA MAJORĂ ȘI CAZUL FORTUIT

Dacă legea nu prevede contrariul, părțile vor fi exonerate de răspundere în condițiile în care vor dovedi că nerespectarea obligațiilor asumate se datorează forței majore sau cazului fortuit.

11. AUTORIZAREA ASIGURĂTORULUI

Asigurătorul are dreptul să stabilească și să obțină informații cu privire la starea de sănătate a Asiguratului în baza rapoartelor solicitate cu acordul său, de la medicii de familie/curanți precum și printr-o examinare sau control medical efectuat de medicul desemnat de către Asigurător.

Prin achiziționarea Poliței și prin semnarea Cererii de Asigurare și a formularului „Notificarea Evenimentului Asigurat”, după caz, Asiguratul își dă acordul pentru stabilirea și examinarea stării sale de sănătate. În cazul decesului Asiguratului, acest acord va elibera de obligația de confidențialitate toți medicii care au examinat sănătatea sa, conform prevederilor legale.

Toate informațiile obținute de Asigurător pentru stabilirea stării de sănătate a Asiguratului pot fi utilizate doar pentru încheierea și gestionarea Poliței, pentru alte scopuri fiind necesar consimțământul explicit al Asiguratului sau al moștenitorilor săi legali/testamentari, după caz.

12. DISPOZIȚII FINALE

12.1 Legislația aplicabilă

Polița de Asigurare va fi supusă prevederilor legii române, inclusiv dar fara a se limita la Codul Civil, Legea nr. 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare, Legea nr 236/2018 privind distribuția în asigurări, Norma ASF nr. 19/2018 privind distribuția în asigurări, legislația și standardele emise de autoritățile competente și aplicabile domeniului prevenirii criminalității economico-financiare referitoare la: prevenirea și combaterea spălării banilor și a finanțării actelor de terorism, precum și la respectarea sancțiunilor internaționale și a embargourilor, Regulamentul general privind protecția datelor nr. 2016/679.

12.2 Corespondență

Toate informațiile, anunțurile sau cererile trebuie redactate în scris, în limba română.

▪ Date de corespondență ale Asigurătorului

Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Paris Sucursala București, București, Str. Gheorghe Țițeica nr. 212 - 214, etaj 7, Sector 2, Tel: + 40 31 226 11 11, Fax: +40 31 226 11 00, e-mail: ro-office@cardif.com

▪ Date de corespondență ale Intermediarului/Brokerului

BNP Paribas Personal Finance SA Paris Sucursala București cu sediul în Oregon Park, soseaua Pipera, numărul 46D-46E-48, clădirea C, etaj 6, sector 2, București, cod postal 020309, (+40) 021/312.02.20, e-mail: asigurari@cetelem.ro ,

12.3 Perioadă de prescriere

Prescrierea dreptului la indemnizație intervine în mod automat, conform legii, la 2 ani de la data producerii Evenimentului Asigurat. Perioada de prescriere se suspendă/întrerupe conform legii.

12.4 Valoarea de răscumpărare

Prezența Asigurare nu este o asigurare cu posibilitatea de răscumpărare, astfel încât valoarea de răscumpărare este zero în orice moment.

12.5 Fondul de garantare

Asigurătorul nu are obligația legală de a plăti contribuția la Fondul de garantare, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

12.6 Informații privind deducerile prevăzute de legislația fiscală

În înțelesul prevederilor art. 62 lit. g din Codul Fiscal, sumele încasate din asigurări de orice fel reprezentând despăgubiri, sume asigurate, precum și orice alte drepturi, cu excepția câștigurilor primite de la societățile de asigurări ca urmare a contractului de asigurare încheiat între părți, cu ocazia tragerilor de amortizare reprezintă venituri neimpozabile, iar potrivit prevederilor art. 68 alin. 7 lit. d cheltuielile cu primele de asigurare suportate de persoana fizică nu sunt deductibile la stabilirea impozitului pe venit. Deductibilitatea cheltuielilor de asigurare se aplică în conformitate cu prevederile Codului Fiscal în vigoare, cu toate modificările și completările ulterioare, coroborate cu prevederile Normei metodologice de aplicare a Codului Fiscal, cu toate modificările și completările ulterioare.

12.7 Informații privind participațiile

Asigurătorul și Brokerul fac parte din Grupul BNP Paribas.

12.8 Informații adiționale

▪ Clientul are dreptul de a solicita și alte informații cu privire la Polița de Asigurare. Orice cerere de informații suplimentare poate fi adresată către Asigurător la datele de contact menționate mai sus.

- Documentele de asigurare sunt oferite clienților în mod direct, pe suport de hârtie, în cazul vânzării directe. În cazul vânzării la distanță, documentele de asigurare sunt oferite clienților prin mijloace electronice (e-mail), la cererea lor expresă sau/și pe suport de hârtie, în mod gratuit, prin curier.
- Brokerul distribuitor Polite de Asigurare Clienților pe baza unui comision, precum și în baza unui beneficiu financiar, în conformitate cu art. 13 li. e) pct. (ii) - (iii) din Legea nr. 236/2018 privind distribuția de asigurări.
- Angajații Brokerului care oferă produsul de asigurare Clienților și potențialilor clienți sunt remunerați în baza contractului individual de muncă.

12.9 Extras din Nota de informare despre prelucrarea datelor personale ale Asiguratului

În vederea încheierii și executării contractului de asigurare, Asiguratorul, în calitate de Operator al prelucrării datelor cu caracter personal, prin intermediul Brokerului care acționează în calitate de Persoană imputernicită de către Operator pentru procesarea datelor cu caracter personal colectează de la persoana asigurată date cu caracter personal protejate prin Regulamentul general privind protecția datelor nr. 2016/679.

Datele cu caracter personal solicitate de Asigurator sunt obligatorii. Dacă datele cu caracter personal solicitate de Asigurator sunt facultative, se va preciza acest lucru în momentul colectării lor. Refuzul Asiguratului de a furniza datele cu caracter personal obligatorii, necesare pentru încheierea și executarea contractului sau pentru îndeplinirea cerințelor de reglementare, va duce la refuzul Asiguratorului de a încheia contractul.

DE CE ȘI ÎN BAZA CĂRUÎ TEMEI VĂ FOLOSIM DATELE CU CARACTER PERSONAL?

În această secțiune vom descrie modul și motivul pentru care utilizăm datele dvs. cu caracter personal și vă atragem atenția asupra prelucrării unor date despre care considerăm că ar putea avea un impact mai mare asupra dvs. și, în anumite cazuri, poate necesita consimțământul dvs.

Pentru a ne conforma obligațiilor noastre legale și de reglementare

Vă utilizăm datele cu caracter personal pentru a respecta o serie de reglementări, în special bancare și financiare:

- pentru a monitoriza tranzacții în scopul identificării celor care se abat de la rutina/tiparele obișnuite);
- pentru a gestiona, preveni și detecta fraudele (inclusiv pentru a stabili o listă cu astfel de persoane);
- pentru a monitoriza și raporta riscurile (financiare, de credit, legale, de conformitate sau reputaționale, de neplată, etc.) cu care noi și/sau Grupul BNP Paribas ne putem confrunța;
- pentru a înregistra, atunci când este necesar, convorbiri telefonice, conversații, email-uri, etc. fără a aduce atingere altor utilizări descrise în continuare;
- pentru a preveni și detecta faptele de spălare de bani și de finanțare a terorismului și pentru a respecta reglementările privind sancțiunile și embargourile prin intermediul Procesului de cunoaștere a clientului (KYC) (pentru a vă identifica, pentru a verifica identitatea dvs., pentru a verifica detaliile dvs. pe baza listelor de sancțiuni și pentru a vă stabili profilul);
- pentru a detecta și gestiona comenzile și tranzacțiile cu caracter suspect;
- efectua o evaluare a oportunității sau capacității de a oferi produse de asigurare, cu respectarea reglementărilor privind distribuția asigurărilor;
- pentru a contribui la combaterea fraudei fiscale și a îndeplini obligații de control fiscal și de înștiințare;
- pentru a înregistra tranzacții în scop contabil;
- pentru a preveni, identifica și raporta riscuri cu privire la responsabilitatea socială a întreprinderilor și dezvoltarea durabilă;
- pentru a identifica și combate faptele de corupție;
- pentru a schimba și raporta diverse operațiuni, tranzacții sau ordine sau pentru a răspunde unei solicitări oficiale din partea unor autorități financiare, fiscale, administrative judiciare sau organe penale naționale sau străine competente, arbitri sau mediatori, forțe de ordine, agenții de stat sau organisme publice

Pentru a executa un contract încheiat cu dvs. sau pentru a lua măsuri la solicitarea dvs. înainte de a încheia un contract

Noi folosim datele dvs. personale pentru a încheia și pentru a executa contractele noastre și pentru a gestiona relația cu dvs., inclusiv pentru:

- a defini riscul asigurat și de a determina costul aplicabil;
- a evalua dacă vă putem oferi un produs sau serviciu și în ce condiții (inclusiv prețul);
- a vă asista, în special prin a vă răspunde la solicitări;
- a vă oferi dvs. sau clienților noștri persoane juridice produse sau servicii;
- a gestiona datorii restante (identificarea și excluderea clienților cu datorii restante).

Pentru a ne îndeplini interesul legitim

Noi folosim datele dvs. personale, inclusiv datele privind tranzacțiile dvs., pentru:

- gestionarea riscurilor;
- dovada plății primelor/contribuțiilor de asigurare, inclusiv prin dovezi electronice;
- gestionarea, prevenirea și identificarea fraudei (inclusiv pentru a stabili o listă cu astfel de persoane);
- monitorizarea tranzacțiilor în scopul identificării celor care se abat de la rutina/tiparele obișnuite.
- colectarea datoriilor;
- afirmarea drepturilor legale și apărare în caz de litigii;
- dezvoltarea de modele statistice individuale care ajută la consolidarea administrării riscului sau în vederea îmbunătățirii produselor și serviciilor existente sau la crearea unor noi;

Noi folosim datele dvs. personale pentru personalizarea ofertei noastre și a celorlalte entități BNP Paribas către dvs. pentru a:

- îmbunătăți calitatea produselor și serviciilor noastre;
- promova produsele și serviciile care corespund situației și profilului dvs.
- deduce preferințele și nevoile dvs. pentru a vă propune o ofertă comercială personalizată,
- Această personalizare poate fi obținută prin:
 - segmentarea clienților potențiali și existenți;
 - analizarea obiceiurilor și preferințelor dvs. prin canalele noastre de comunicare (emailuri sau mesaje, consultarea site-ului nostru web, etc.);
- partajarea datelor dvs. personale cu altă entitate BNP Paribas, în special dacă sunteți - sau urmează să deveniți - un client al acelei alte entități în special pentru a accelera integrarea;
- corelarea produselor sau serviciilor pe care deja le dețineți sau le utilizați cu alte date pe care le deținem despre dvs. (ex. putem identifica că aveți copii, dar nu și asigurare de protecție familială încă);
- având în vedere trăsăturile sau comportamentele comune printre clienții noștri actuali, și vizarea altor persoane fizice cu aceleași caracteristici în scop de ofertare.

Noi folosim datele dvs. personale pentru Cercetare & Dezvoltare constând în elaborarea de statistici și modele pentru a:

- optimiza și automatiza procesele noastre operaționale (ex. crearea unui chatbot cu întrebări frecvente);
- oferi produse și servicii care să corespundă cel mai bine necesităților dvs.;
- adapta distribuirea de produse și servicii, conținut și tarife conform profilului dvs.;
- crea noi oferte;

- preveni probleme de securitate posibile, îmbunătăți autentificarea clienților și administra drepturile de acces;
- îmbunătăți managementul securității;
- îmbunătăți gestionarea riscurilor și asigurarea conformității;
- îmbunătăți gestionarea, prevenirea și detectarea fraudei;
- îmbunătăți lupta împotriva spălării banilor și finanțarea terorismului.

În general, Noi folosim datele dvs. personale pentru:

- a vă informa cu privire la produsele și serviciile noastre;
- a efectua operațiuni financiare precum vânzări ale portofoliului de creanțe, securizări, finanțare sau refinanțare a BNP Paribas Group
- a organiza concursuri și jocuri, competiții cu premii, loterii și alte activități promoționale;
- a efectua sondaje de opinie și privind satisfacția clienților;
- a crește eficiența proceselor (formarea personalului nostru prin înregistrarea convorbirilor telefonice în centrele noastre și îmbunătățirea scenariilor de apel);
- a implementa automatizarea proceselor noastre, precum testarea de aplicații, tratarea automată a completării reclamațiilor, etc.

În orice caz, interesul nostru legitim va rămâne proporțional și ne asigurăm prin intermediul unui test comparativ că drepturile și interesele dvs. fundamentale sunt respectate. Dacă doriți mai multe informații privind acest test comparativ, vă rugăm să ne contactați folosind detaliile de contact din secțiunea „Cum ne puteți contacta” de mai jos.

Pentru a vă respecta alegerea în cazul în care v-am solicitat consimțământul pentru o prelucrare anume

- Pentru anumite prelucrări de date personale, vă vom oferi informații specifice și vă vom invita să vă exprimați acordul în acest sens. Vă rugăm să aveți în vedere că vă puteți retrage consimțământul în orice moment;
- în cazul în care scopurile de mai sus duc la o decizie automatizată care produce efecte juridice sau care vă afectează în mod semnificativ. În acest caz, vă vom informa separat despre procedura, precum și despre importanța și consecințele preconizate ale unei astfel de prelucrări;
- dacă trebuie să efectuăm prelucrări ulterioare în alte scopuri decât cele enumerate în secțiunea 3, vă vom informa și dacă este necesar, vom obține consimțământul dvs.;
- pentru unele interacțiuni pe rețelele de socializare, pentru a organiza concursuri și alte activități promoționale ;

Dacă trebuie să prelucrăm categorii speciale de date cu caracter personal, cum ar fi date biometrice, date de sănătate sau date religioase și filozofice (procesăm date privind starea de sănătate, indispensabile în vederea prestării serviciilor de asigurare - ofertare, emiteră polițe, acordare despăgubiri).

CARE SUNT DREPTURILE DVS. ȘI CUM VI LE PUTEȚI EXERCITA?

În conformitate cu reglementările aplicabile și după caz, dvs. aveți următoarele drepturi:

- de a accesa: puteți obține informații privind prelucrarea datelor dvs. personale și o copie a acestor date personale.
- de a rectifica: acolo unde considerați că datele dvs. personale sunt incorecte sau incomplete, puteți solicita ca aceste date să fie modificate în mod corespunzător.
- de a șterge: puteți solicita ștergerea datelor dvs. personale în măsura permisă de lege.
- de a restricționa: puteți solicita restricționarea prelucrării datelor dvs. personale.
- de a obiecta: puteți obiecta cu privire la prelucrarea datelor dvs. personale în funcție de situația dvs. anume. Aveți dreptul absolut de a obiecta față de prelucrarea datelor dvs. personale în scopuri de marketing direct care include și profilarea legată de acest marketing direct.
- de a retrage consimțământul: atunci când v-ați exprimat consimțământul cu privire la prelucrarea datelor dvs. personale, aveți dreptul de a vă retrage acest consimțământ în orice moment.
- la portabilitatea datelor: atunci când legea permite, aveți dreptul să solicitați să vi se returneze datele personale pe care ni le-ați furnizat sau atunci când este fezabil din punct de vedere tehnic, aveți dreptul să solicitați transferul acestor date către terți.

Dacă doriți să vă exercitați drepturile menționate mai sus, vă rugăm să trimiteți o scrisoare sau e-mail utilizând următoarele adrese - BNP Paribas Cardif – DPO, 8, Rue du Port, 92728 Nanterre Cedex-France, sau Data.protection@Cardif.com sau BNP Paribas Cardif Romania, str. Gheroghe Titeica nr. 212-124214, Etaj 7, Sector 2, București sau ro_protectia_datelor@cardif.com. Pentru a vă putea identifica, vă rugăm să ne trimiteți și o copie scanată/fizică a cărții dvs. de identitate.

În conformitate cu legea aplicabilă și în plus față de drepturile dvs. menționate mai sus, sunteți îndreptățiți să trimiteți o plângere la autoritatea competentă.

12.10 Modificarea Condițiilor de Asigurare

Asigurătorul își rezervă dreptul de a modifica prezentele Condiții de Asigurare dacă survine vreo modificare legislativă, care afectează Asigurătorul sau Contractul de Asigurare. În aceste condiții, Asigurătorul va notifica Asiguratul cu cel puțin 30 de zile înainte de data la care se dorește modificarea.

12.11 Acoperire teritorială

Valabilitatea teritorială a Asigurării este nelimitată pentru Evenimentele Asigurate. Pentru dovada producerii evenimentului de Invaliditate Totală și Permanentă ca urmare a unui Accident este necesar ca documentul de încadrare în grad de invaliditate să fie emis de autoritățile din România.

12.12 Informații incorecte și declarații false

Asigurătorul încheie Polița de Asigurare în baza faptului că informațiile oferite Asigurătorului în momentul încheierii Asigurării și/sau ulterior în orice moment, sunt corecte. Asiguratul este obligat să informeze Asigurătorul în scris și să țină la curent Asigurătorul pe durata valabilității Asigurării cu privire la toate condițiile care ar putea influența evaluarea riscului realizată de Asigurător.

Dacă se dovedește că Asiguratul, în cunoștință de cauză, a furnizat informații false, înșelătoare, incomplete or incorecte pe care Asigurătorul le poate considera, în limitele rezonabilului, importante pentru evaluarea riscului, atunci Asigurătorul are dreptul fie de a modifica toate beneficiile oferite de Asigurare, fie de a înceta Asigurarea, fără restituirea primei de asigurare.

Declarațiile Clienților/Asiguraților din Cererea de Asigurare/din timpul apelului telefonic sunt considerate răspunsuri scrise la întrebările Asigurătorului conform prevederilor Articolului 2.203 din Noul Cod Civil, cu modificările și completările ulterioare.

Asigurații au obligația să aducă la cunoștința Asigurătorului orice informații/împrejurări sau modificări ale acestora intervenite ulterior aderării la Asigurare, care ar putea afecta în vreun mod evaluarea riscurilor asigurate.

Secțiune aplicabilă vânzării directe

Declăra că mi-au fost prezentate și înmânate documentele precontractuale impuse de legislația în vigoare împreună cu Termenii și Condițiile de Asigurare, pe care le-am citit în întregime și întrucât corespund voinței părților, le accept fără a avea nici o rezervă cu privire la conținutul lor pe care l-am înțeles pe deplin și/sau la drepturile și obligațiile ce decurg din acest contract, fiind de acord cu acesta în forma în care este redactat.

Semnătură

Asigurat