

CONDIȚII PRIVIND ASIGURAREACOMPLEXĂ PENTRU CĂLĂTORII ÎN STRĂINĂTATE CITY INSURANCE – PREMIO TRAVEL

1. DEFINIȚII

- 1.1 Accident:** eveniment subit, de natură să periclitze viața sau efectuarea normală a călătoriei, datorat unor cauze externe, involuntare și neprevăzute, survenite independent de voința Asiguratului în perioada de asigurare și care provoacă vătămări corporale ce pot fi stabilite în mod obiectiv sau decesul Asiguratului;
- 1.2 Aria de acoperire:** asigurarea poate fi încheiată la opțiunea solicitantului pentru zona geografică precizată în Poliță;
- 1.3 Asigurat:** persoană fizică cu domiciliul sau reședința pe teritoriul Uniunii Europene sau al Republicii Moldova, fără limită de vârstă, care are încheiată o Poliță și care călătorește în alte țări decât cele în care posedă cetățenie sau reședință, în perioada asigurată;
- 1.4 Asigurător:** Societatea de Asigurare-Reasigurare CITY INSURANCE S.A., cu sediul în București, str. Constantin Aricescu, nr. 5-7, Parter-Demisol, sector 1, Autorizată de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, înregistrată în Registrul Asigurătorilor sub nr. RA-008/10.04.2003, nr. de înregistrare la Oficiul Registrului Comerțului de pe lângă Tribunalul București – J40/3150/1998, C.U.I.: 10392742, capital social subscris și vărsat: 93.284.350 LEI, număr de înregistrare 4110 în Registrul de Evidență a Prelucrărilor de Date cu Caracter Personal, denumită în continuare Societatea;
- 1.5 Bagaj asigurat:** totalitatea bagajelor turistice închise cu fermoar sau capac (geantă de voiaj, valiză, geamantan, troller), destinate transportului de obiecte, cu greutatea combinată mai mare de 5 kilograme, cu care Asiguratul călătorește pe parcursul perioadei asigurate;
- 1.6 Bagaj întârziat:** bagajul care nu este găsit la scurt timp după debarcarea din avion în locul special amenajat în aeroportul de destinație și este returnat Asiguratului de către compania aeriană după mai mult de 6 ore, luând ca referință ora debarcării, așa cum este ea confirmată de către autoritățile aeroportului sau de către compania aeriană;
- 1.7 Bagaj furat:** bagajul luat din posesia Asiguratului în mod ilegal, prin efracție sau acte de tâlhărie și declarat astfel de către organele de cercetare penală;
- 1.8 Bagaj pierdut:** bagajul declarat pierdut de către compania aeriană căreia i-a fost încredințat;
- 1.9 Bagaj deteriorat:** bagajul care se deteriorează sau se distruge ca urmare a unui accident sau incendiu declarat de către autorități;
- 1.10 Beneficiar:** Asiguratul sau altă persoană îndreptățită să primească despăgubirea în cazul producerii evenimentului asigurat, nominalizată în Poliță.
- 1.11 Boala/Afecțiune:** proces patologic care afectează organismul, maladie, afecțiune medicală diagnosticată de către medici specialiști în perioada de valabilitate a Poliței;
- 1.12 Boală/Afecțiune pre-existentă:** orice proces patologic care afectează organismul, maladie, afecțiune care a debutat și/sau s-a instalat/manifestat anterior perioadei de valabilitate a Poliței;
- 1.13 Cheltuieli de asistență:** cheltuieli, altele decât cele medicale de urgență, care au un caracter colateral acestora și care sunt specificate în condițiile de asigurare, cheltuieli preluate de Asigurător numai dacă se află în legătură directă cu un eveniment asigurat și numai până la data stabilizării stării de sănătate;
- 1.14 Cheltuieli medicale de urgență:** toate cheltuielile în legătură cu serviciile medicale, care se impun fără întârziere, în scopul ameliorării sau stabilizării stării de sănătate a Asiguratului, ca urmare a producerii unui eveniment asigurat. Cheltuielile medicale privesc: cheltuielile de spitalizare, chirurgicale și farmaceutice. Nu se consideră urgență medicală acele situații în care intervenția, de orice natură, a medicului este amânată mai mult de 24 de ore de la data apariției evenimentului asigurat; cheltuielile medicale apărute în astfel de circumstanțe nu sunt considerate a fi de urgență, urmând în consecință a nu face obiectul prezentei Polițe. Nu au caracter urgent cheltuielile medicale solicitate, în condițiile în care fie serviciile medicale prestate nu pot sau nu mai pot urmări stabilizarea stării de sănătate, fie serviciile medicale sunt prestate pe o perioadă mai mare de 15 zile;
- 1.15 Contractant:** persoana care încheie Polița cu Asigurătorul pentru asigurarea unui risc privind o altă persoană și plătește prima de asigurare;
- 1.16 Catastrofe naturale:** evenimente provocate de manifestarea unor calamități naturale, precum: cutremure de pământ, inundații și furtuni, erupții vulcanice, alunecări de teren, valuri mareice și alte asemenea;
- 1.17 Culpă:** vinovăție manifestată sub forma imprudenței sau neglijenței. Imprudența este caracterizată prin faptul că autorul prevede rezultatul faptei sale, dar nu îl acceptă, socotind fără temei că el nu se va produce. Neglijența este caracterizată prin faptul că autorul nu prevede rezultatul faptei sale, deși trebuia și putea să-l prevadă;
- 1.18 Despăgubire/Indemnizație:** suma datorată de către Asigurător Asiguratului sau Beneficiarilor despăgubirii, după caz, în urma producerii/apariției evenimentului asigurat care se va achita în lei, la cursul afișat de B.N.R. pentru data la care a avut loc evenimentul;
- 1.19 Domiciliul și reședința:** adresa Asiguratului așa cum este aceasta înscrisă în documentele de identitate și călătorie, menționată în Poliță;
- 1.20 Echipa medicală:** echipa constituită din medicii de la clinica unde se află Asiguratul, împreună cu medicii care vor prelua cazul la centrala de asistență a prestatorului de servicii;
- 1.21 Eveniment asigurat:** orice eveniment definit în cadrul condițiilor de asigurare, care survine exclusiv în perioada de asigurare, nu constituie excludere și dănaștere la dreptul de despăgubire al Asiguratului;
- 1.22 Faptă ilicită:** faptă contrară legii sau care contravine ordinii publice ori bunelor moravuri cauzatoare de prejudicii; element al răspunderii civile;
- 1.23 Forță majoră:** situație invocată de către partea împiedicată să își îndeplinească obligațiile contractuale, generată de un eveniment extern, imprevizibil, absolut invincibil și inevitabil și dovedită cu documente emise de autorități publice competente. Cu titlu exemplificativ și nelimitativ, Asigurătorul nu despăgubește prejudiciile generate de următoarele: fenomene meteo, calamități, epidemii, greve, conflicte politice și de război, situații catastrofale, de pericol public, atac terorist, embargo internațional, precum cazul în care companiile aeriene, în mod unilateral, stabilesc limite de răspundere sau aduc modificări cu privire la orar, itinerar;
- 1.24 Îmbolnăvire:** modificare organică sau funcțională a stării de sănătate a organismului, care poate provoca inclusiv decesul Asiguratului, survenită în perioada de asigurare, excluzând orice boală pre-existentă;
- 1.25 Expunerea maximă/Limita răspunderii:** despăgubirea maximă ce poate fi acordată de către Asigurător pentru toate pierderile financiare înregistrate de Asigurați ca urmare a producerii unui singur eveniment asigurat, în perioada de valabilitate a fiecărei Polițe;
- 1.26 Medic autorizat:** persoană fizică ce deține o diplomă valabilă în medicină, autorizată expres să practice medicina în țara în care acordă asistență Asiguratului, cu excepția Asiguratului însuși, soțului (soției), rudelor acestuia sau a persoanelor care însoțesc Asiguratul pe durata călătoriei;
- 1.27 Membru al familiei:** sunt considerați membri ai familiei soțul/soția (sau partenerul de viață într-o gospodărie comună), copiii (copii vitregi, copii aflați sub tutela, nepoți), părinții (părinți vitregi, socri, bunici) și frații/surorile Asiguratului;
- 1.28 Pagubă:** pierdere materială suferită de Asigurat sau prejudiciu produs de Asigurat;
- 1.29 Perioada de asigurare:** intervalul de timp pentru care Asigurătorul a încasat plata anticipată și integrală a primei de asigurare și preia răspunderea pentru consecințele producerii/apariției evenimentelor asigurate;

- 1.30 Planul de asigurare:** limitele de răspundere prin care se stabilește cuantumul indemnizației plătite către Asigurător Asiguratului în cazul producerii evenimentelor acoperite prin asigurarea de bagaje;
- 1.31 Polița/Certificatul de asigurare:** documentul emis de către Asigurător prin care se probează/certifică încheierea contractului de asigurare și care cuprinde mențiuni privind persoana asigurată, perioada asigurată, teritoriul în care este valabilă asigurarea, precum și valoarea primei de asigurare;
- 1.32 Prestator de servicii:** societatea împuternicită să reprezinte Asigurătorul în afara teritoriului României;
- 1.33 Prima de asigurare:** suma datorată de către Asigurat/Contractant în schimbul preluării de către Asigurător a riscului de apariție a evenimentelor asigurate, așa cum sunt stabilite în Poliță;
- 1.34 Repatriere:** asigurarea transportului corpului neînsuflit al Asiguratului până la adresa sa de reședință, dacă Asiguratul a decedat în timpul perioadei asigurate sau transportul Asiguratului până la o unitate spitalicească de profil, corespunzătoare cazului medical survenit, sau la o unitate spitalicească apropiată de reședința sa, dacă este necesară continuarea oferirii asistenței medicale;
- 1.35 Risc asigurat:** eveniment viitor, posibil dar incert, descris în contractul de asigurare care, dacă se produce, dă naștere obligației Asigurătorului de plată a indemnizației de asigurare, în baza condițiilor de asigurare;
- 1.36 Suma asigurată:** suma înscrisă în Poliță și solicitată de către Asigurat, pentru care a fost încheiată asigurarea și care reprezintă limita maximă pentru care Asigurătorul își asumă răspunderea și plătește despăgubiri în cazul producerii/apariției unui sau mai multor evenimente asigurate, în perioada de asigurare, pentru care Asigurătorul a încasat prima de asigurare corespunzătoare;
- 1.37 Sublimita de răspundere:** suma stabilită în cadrul sumei asigurate sau limitei de răspundere pentru anumite evenimente și/sau costuri/cheltuieli asigurate, nominalizate expres în Poliță care reprezintă maximumul răspunderii Asigurătorului în cazul producerii/apariției evenimentului asigurat și în cazul efectuării cheltuielilor respective; sublimita nu operează în nicio situație în sensul majorării sumei asigurate sau limitei de răspundere asumate de Asigurător;
- 1.38 Sport extrem:** participarea la activități cu un grad ridicat de pericolozitate ce presupune posibilitatea apariției unui risc asigurat. Fără a se limita la cele enumerate, activitățile pot fi: alpinism, parașutism, sărituri cu schiurile, rafting, scufundări, utilizarea de ambarcațiuni cu motor sau orice fel de aparate de zbor, sărituri cu coarda elastică, vânătoare, călărie, mountain biking, sporturi cu motor, trageri cu arme de foc sau de altă natură, precum și manevrarea voluntară a echipamentelor industriale și utilajelor de orice fel, sculelor, muniției, armelor de orice fel etc.;
- 1.39 Stabilizarea stării de sănătate:** are în vedere acea situație în care scade riscul de evoluție, de complicație imediată ori de deces al Asiguratului ce a suferit un accident sau o îmbolnăvire imprevizibilă în perioada asigurată;
- 1.40 Transportul sanitar:** serviciu care presupune utilizarea unui mijloc de transport, utilizat din punct de vedere medical, destinat preluării Asiguratului de la locul unde acesta se afla la momentul producerii evenimentului, în vederea transportării sale până la cea mai apropiată unitate medicală adecvată ori care presupune mutarea Asiguratului de la o unitate medicală la alta, numai la cererea medicului curant, cu acceptul expres al prestatorului de servicii sau al Asigurătorului, și numai înainte de stabilizarea stării de sănătate a Asiguratului;
- 1.41 Turist:** persoană care efectuează călătoriile în străinătate în scop turistic și/sau pentru a vizita rude/cunoștințe;
- 1.42 Vătămare corporală:** orice prejudiciu adus sănătății sau integrității corporale a Asiguratului, ca urmare a producerii unui eveniment asigurat;
- 1.43 Vătămare corporală gravă:** orice prejudiciu adus sănătății sau integrității corporale a Asiguratului și care presupune în mod rezonabil imobilizarea acestuia pentru o perioadă de timp care expiră după încetarea perioadei de asigurare.

2. CONDIȚII PRIVIND ASIGURAREA MEDICALĂ PENTRU CĂLĂTORII ÎN STRĂINĂTATE

2.1 OBIECTUL ASIGURĂRII

Are în vedere preluarea cheltuielilor medicale de urgență precum și a altor cheltuieli de asistență ale Asiguratului, ca urmare a producerii evenimentelor asigurate, respectiv accidente sau îmbolnăviri imprevizibile ale acestuia, în timpul perioadei asigurate, conform prezentelor condiții.

2.2 EVENIMENTE ASIGURATE

2.2.1 Evenimentele asigurate sunt accidente/îmbolnăviri imprevizibile care survin exclusiv în perioada de asigurare, nu intră sub incidența excluderilor din prezentele condiții, sunt constatate de către o autoritate medicală abilitată și presupun acordarea de servicii medicale de urgență.

2.2.2 Societatea acoperă, în limita sumei asigurate, și ca urmare a producerii unui eveniment asigurat, costurile impuse de acordarea în regim de urgență a următoarelor servicii medicale: asistența medicală de urgență, transportul medical de urgență, repatrierea.

2.3 SUME ASIGURATE/CHELTUIELI ȘI SERVICII DE ASISTENȚĂ

2.3.1 Asistența medicală de urgență constă în: consultație și diagnosticare, tratament și medicație, spitalizare, intervenție chirurgicală (inclusiv anestezie și utilizarea sălii de operație), tratament dentar acordat ca urmare a unui accident sau a unei crize acute, necesar și uzual pentru calmarea durerii. În urma producerii unui dintr-unul dintre riscurile asigurate și din momentul declanșării procedurii de asistență, echipa medicală care va prelua cazul se informează asupra stării de sănătate a Asiguratului, se consultă dacă este necesar cu medicul de familie al Asiguratului, sprijină sau îl consiliază pe Asigurat cu privire la obținerea documentației necesare pentru deschiderea și soluționarea dosarului său de daună, stabilește, după caz, asistența medicală de urgență care este necesară în funcție de natura și gravitatea evenimentului, organizează transportul medical al Asiguratului către o unitate medicală, în cazul în care acesta nu se poate deplasa.

2.3.2 Transportul medical de urgență constă în deplasarea Asiguratului, necesară și recomandată de medic, în țara străină, de la locul urgenței medicale apărute până la cea mai apropiată unitate medicală abilitată să acorde îngrijirea medicală adecvată urgenței și acoperirea cheltuielilor cu transportul medical de urgență al Asiguratului la o altă clinică, dacă transferul este impus de starea sănătății și este efectuat în urma unei recomandări medicale.

2.3.3 Repatrierea reprezintă transportul Asiguratului în România și poate fi:

a) repatriere medicală: repatrierea la adresa de reședință a Asiguratului, dacă acesta se află în imposibilitatea de a se deplasa ca urmare a producerii unui risc asigurat, organizată de serviciul de asistență pus la dispoziție de Asigurător. Momentul repatrierii și mijlocul de transport prin care se va efectua repatrierea va fi decis de către medicul curant, în acord cu echipa medicală, repatrierea urmând a se va efectua imediat ce aceștia decid că pacientul poate călători. De asemenea, în cazul în care Asiguratul este spitalizat și necesită intervenție chirurgicală, iar aceasta poate fi amânată câteva zile, în măsura în care în perioada respectivă este posibilă repatrierea și din punct de vedere organizatoric, atunci Asiguratul va fi transportat în vederea efectuării intervenției chirurgicale în țara în care Asiguratul are domiciliul sau reședința (numai pentru țări din cadrul Uniunii Europene). Asigurătorul va suporta costurile medicale de urgență din străinătate, precum și pe cele aferente repatrierii. Astfel, repatrierea Asiguratului se poate organiza:

i. până la o unitate spitalicească de profil, corespunzătoare cazului medical survenit sau la o unitate spitalicească apropiată de reședința sau domiciliul său, dacă este necesară continuarea tratamentului în țara unde își are domiciliul/reședința sau costul tratamentului în respectiva țară este mai redus;

ii. la solicitarea expresă a Asiguratului, până la reședința sau domiciliul său (numai pe teritoriul Uniunii Europene).

b) repatriere în caz de deces: repatrierea corpului neînsuflit al Asiguratului până la reședința sau domiciliul acestuia (numai pentru țări din cadrul Uniunii Europene) ca urmare a decesului survenit în urma producerii, în perioada de valabilitate a Poliței, a unui risc asigurat, repatriere organizată de serviciul de

asistență pus la dispoziție de Asigurător sau de către familie, cu acordul scris al Asigurătorului. În cazul repatrierii organizate de familie, cheltuielile de repatriere se despăgubesc pe baza documentelor prezentate de familia Asiguratului. Asigurătorul sau serviciul de asistență al Asigurătorului stabilesc modalitatea și data de repatriere, precum și toate celelalte detalii necesare, în funcție de reglementările sanitare în vigoare. Asigurătorul acoperă cheltuielile privind serviciile de asistență în caz de deces al Asiguratului, dacă decesul survine ca urmare a producerii unui eveniment asigurat (accident sau îmbolnăvire imprevizibilă). Dacă perioada necesară acordării serviciilor de asistență se prelungește după expirarea perioadei asigurate, Asiguratul va beneficia de asistență conform prezentelor condiții, până la încheierea repatrierii acestuia, până la limita sumei asigurate.

2.3.4 Refuzul de a respecta instrucțiunile de mai sus ducela pierderea oricăror beneficii și/sau drepturi de despăgubire.

2.3.5 Alte servicii de asistență: acoperirea costului primului apel către centrala de asistență a Prestatorului de servicii (apel telefonic, fax, telegramă sau telex) efectuat de Asigurat pentru avizarea producerii evenimentului asigurat, dacă acesta implică acordarea de asistență în baza prezentelor condiții și în măsura în care acesta poate fi dovedit prin documente justificative (facturi, chitanțe).

2.3.6 Preluarea cheltuielilor constă în plata despăgubirii de către Asigurător, centrelor medicale și/sau Asiguratului conform acoperirilor de care beneficiază în baza prezentelor condiții, în funcție de aria de acoperire, vârstă, prima de asigurare plătită, sume asigurate, stabilite în prezentele condiții pe tipuri de cheltuieli.

2.3.7 În cazul apariției mai multor evenimente asigurate în cadrul aceleiași perioade de asigurare, sumelor asigurate li se va aplica prevederea art. 2.6.3 din prezentele condiții.

2.3.8 În cazul apariției unui eveniment asigurat, în aria de acoperire și pe durata perioadei de asigurare, asigurarea acoperă **cheltuielile medicale de urgență** (inclusiv cele de transport sanitar, farmaceutice, chirurgicale și de spitalizare), precum și **cheltuielile de asistență** (inclusiv cele de repatriere sanitară), în funcție de prevederile prezentelor condiții, astfel:

A. Pentru persoanele cu vârsta până la 65 ani (inclusiv):

i. pentru **țările din Europa (se include și TURCIA)**, până la suma maximă de **50.000 EURO**, cheltuielile se vor prelua după cum urmează:

1. cheltuieli de spitalizare, până la suma maximă de **10.000 EURO**;
2. cheltuieli chirurgicale, până la suma maximă de **15.000 EURO**;
3. cheltuieli farmaceutice, până la suma maximă de **5.000 EURO**;
4. cheltuieli pentru transport sanitar de urgență, până la suma maximă de **5.000 EURO**;
5. cheltuieli pentru repatriere medicală, până la suma maximă de **10.000 EURO**;
6. cheltuieli pentru repatriere în caz de deces (cheltuielile de pregătire transport și serviciu de transport), până la suma maximă de **2.000 EURO**;
7. alte cheltuieli medicale și de asistență, până la suma maximă de **3.000 EURO**.

ii. pentru **țările din afara Europei (inclusiv DUBAI și THAILANDA)**, până la suma maximă de **25.000 EURO**, cheltuielile se vor prelua după cum urmează:

1. cheltuieli de spitalizare, până la suma maximă de **5.000 EURO**;
2. cheltuieli chirurgicale, până la suma maximă de **7.500 EURO**;
3. cheltuieli farmaceutice, până la suma maximă de **2.500 EURO**;
4. cheltuieli pentru transport sanitar de urgență, până la suma maximă de **2.500 EURO**;
5. cheltuieli pentru repatriere sanitară, până la suma maximă de **5.000 EURO**;
6. cheltuieli pentru repatriere în caz de deces (cheltuielile de pregătire transport și serviciu de transport), până la suma maximă de **1.500 EURO**;
7. alte cheltuieli medicale și de asistență, până la suma maximă de **1.000 EURO**.

B. Pentru persoanele cu vârsta de peste 65 ani, fără limită de vârstă: pentru **toate zonele geografice**, până la suma maximă de **5.000 EURO**, cheltuielile se vor prelua după cum urmează:

1. cheltuieli de spitalizare, până la suma maximă de **1.000 EURO**;
2. cheltuieli chirurgicale, până la suma maximă de **1.000 EURO**;
3. cheltuieli de repatriere în caz de deces, până la suma maximă de **2.000 EURO**, din care cheltuieli de pregătire în vederea transportului, până la suma maximă de **1.000 EURO** și cheltuieli aferente serviciului de transport, până la suma maximă de **1.000 EURO**;
4. alte cheltuieli medicale și de asistență, inclusiv cele farmaceutice, de transport sanitar, de repatriere sanitară, până la suma maximă de **1.000 EURO**.

2.3.9 În legătură cu sumele asigurate prevăzute la A.i.7., A.ii.7. și B.4., se face precizarea că Asigurătorul preia cheltuielile menționate după cum urmează:

a) valoarea maximă a cheltuielilor de diagnosticare suportate de Asigurător pentru prima vizită medicală este de până la **300 EURO**, pe întreaga perioadă de asigurare și nu poate depăși valoarea de **500 EURO** pentru mai multe evenimente asigurate pe întreaga perioadă de asigurare. Cheltuielile de diagnosticare sunt incluse în cheltuielile medicale și de asistență, suportate de Asigurător numai în cazul apariției evenimentelor asigurate în perioada de asigurare.

b) preluarea cheltuielilor medicale generate de vizite medicale succesive, care se justifică în raport cu evenimentul asigurat apărut și care vor fi suportate de Asigurător, doar în măsura în care ele își păstrează caracterul urgent și se desfășoară înaintea stabilizării stării de sănătate a Asiguratului, se va face până la plafonul valorii de **700 EURO**, pe întreaga perioadă de asigurare.

C. Pentru **orice arie geografică și indiferent de vârstă** se vor prelua cheltuielile stomatologice în regim de urgență, până la limita de **300 EURO**.

D. Exclusiv pentru **persoanele cu vârsta până la 65 ani și indiferent de aria geografică**, pentru evenimentele care au loc în timpul practicării de către Asigurat a unei activități sportive, cu excepția celor menționate în cadrul excluderilor, se vor prelua cheltuielile medicale și de asistență pentru tratamente de urgență, până la suma maximă asigurată de **5.000 EURO**.

2.4 EXCLUDERI

2.4.1 Nu sunt cuprinse în asigurare și Asigurătorul nu acordă despăgubiri pentru prejudicii generate de consecințe directe și indirecte cum ar fi:

a) război (declarat sau nu), război civil, invazii, acțiuni ale unui inamic străin, ostilități (fie că este declarată sau nu stare de război), conflicte armate, lovituri de stat, dictatură militară, greve, revolte, tulburări civile, rebeliune, revoluții, conspirații, insurecții, răzvrățiri militare cu sau fără uzurparea puterii, răscoale, legi marțiale, acte ale persoanelor răufăcătoare acționând în numele sau în legătură cu orice organizație politică, confiscarea, rechiziționarea, distrugerea sau avarierea proprietății ordonate de către guvernarea de drept sau de fapt sau din partea oricărei autorități publice, municipale sau locale, interdicții sau restricții oficiale, sabotaje sau acțiuni teroriste, terorism așa cum este definit în legea internă sau în tratatele/convențiile internaționale, catastrofe naturale;

b) accidente nucleare, radiații sau emisii de substanțe ce conțin izotopi radioactivi, explozie atomică, radiații sau infestări radioactive, ca urmare a folosirii energiei atomice sau a materialelor fisionabile/fusionabile, poluare și/sau contaminare de orice fel și din orice cauză;

c) epidemii, pandemii;

d) condiții medicale existente, afecțiuni, stări patologice sau boli cronice de care Asiguratul suferă înainte de încheierea Poliței, inclusiv consecințele acestora precum cele ale revenirilor și convalescențelor unor afecțiuni neconsolidate;

e) starea de graviditate, în orice fază a acesteia, nașterea sau întreruperea sarcinii, precum și orice boli sau complicații ale organelor de reproducere, boli

venerice, infectare cu HIV, SIDA, cancer;

f) boli sau accidente rezultate în urma desfășurării unor activități ce nu corespund cu scopul declarat al călătoriei;

g) boli preexistente înaintea datei de intrare în vigoare a Poliței, precum și orice accident sau îmbolnăvire generate sau favorizate de acestea și care au provocat alterări neurologice, respiratorii, circulatorii, sanguine, renale, cardiace, reumatologice, digestive, indiferent de momentul debutului acestora;

h) boli de piele (cu excepția reacțiilor alergice și a bolilor infecto-contagioase), boli mintale, tulburări psiho-motorii, apoplexie, stări depresive, afecțiuni neuro-psihice și psihiatrice, malformații congenitale precum și consecințele acestora;

i) următoarele boli sau afecțiuni, indiferent dacă ele au fost sau nu diagnosticate anterior semnării Poliței: hipertensiune arterială, cancer, tuberculoză, litiază renală, litiază biliară, diabet, osteoporoză și arterioscleroză;

j) diagnosticare, tratament sau procedură medicală cu caracter experimental ori nerecunoscute din punct de vedere medical, precum și ale oricăror boli necunoscute sau care au cauze necunoscute din punct de vedere medical;

k) diagnosticare, tratament sau procedură medicală legată de: cancer, SIDA, boli venerice, infectare cu HIV, stomatologie, sarcină, contracepție, sterilizare, fertilizare și consecințele acestora, recomandate de un medic autorizat după încheierea asistenței necesare rezolvării urgenței medicale, nejustificate de producerea unui risc asigurat, vaccinuri și vaccinări, acte de medicină preventivă, fizioterapie, curele de orice fel;

l) proceduri terapeutice nerecunoscute din punct de vedere medical ca urgență și neautorizate de instituții medicale competente din țara unde a apărut urgența, sau care au caracter experimental și implicit consecințele acestora;

m) tratamente, investigații, consultații, ulterioare stabilizării stării de sănătate a Asiguratului, estetice, dietetice, homeopate, geriatrie, chiropractice, balneoterapeutice, de acupunctură, precum și cele nerecunoscute de asigurările sociale;

n) servicii medicale care nu sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului sau pentru efectuarea tratamentului sau care nu sunt impuse de urmările unei îmbolnăviri acute sau a unui accident, precum și intervenții chirurgicale sau tratamente medicale care pot fi amânate până la revenirea în țară a Asiguratului;

o) călătorii efectuate cu încălcarea sfatului medicului sau în scopul de a primi consultață sau tratament medical;

p) evenimente petrecute pe durata prestării unor activități remunerate în străinătate, în baza unui contract de muncă sau a altei înțelegeri încheiate în străinătate, sau în absența acestora, boli profesionale, accidente de muncă;

q) efectuarea serviciului militar sau a cursurilor de pregătire în cadrul unei armate, poliții, jandarmerii, organizații paramilitare sau alte instituții similare;

r) consum de alcool, droguri, consum excesiv de medicamente ori consum de medicamente fără prescripție medicală, automutilare voluntară, sinucidere și tentativă de suicid;

s) participarea Asiguratului la orice fel de faptă prevăzută cu titlu de infracțiune de legislația țării în care a survenit evenimentul, culpa Asiguratului, fapte intenționate ale Asiguratului care pot antrena îmbolnăvirea, vătămarea corporală sau decesul acestuia;

t) decesul survenit din cauza oricăror evenimente care nu sunt acoperite prin prezenta asigurare;

u) evenimente asigurate produse în situații de forță majoră.

2.4.2 Nu se despăgubesc cheltuieli privind:

a) diagnostice și tratamente efectuate sau prescrise în țara în care Asiguratul are domiciliul sau reședința;

b) intervenții chirurgicale pentru transplant de organe precum și intervenții chirurgicale pentru implant de organe artificiale sau aparate care înlocuiesc sau susțin funcții ale unor organe, intervenții chirurgicale pentru implant stent și pacemaker, precum și cele privind consecințele transplanturilor sau ale implanturilor (complicații, tratament adjuvant);

c) cumpărarea sau repararea de ochelari, lentile de contact, aparate medicale, proteze și orteze de orice fel, orice accesorii medicale de folosință îndelungată care nu contribuie în mod direct și substanțial la stabilizarea stării de sănătate sau care sunt indicate de medicul curant în cazul unui eveniment asigurat care presupune tratament medical mai mare de 15 zile;

d) efectuarea de intervenții stomatologice sau tratamente stomatologice definitive, tratamente de canal, obturații coronare fizionomice și nefizionomice, coroane, punți, proteze, implanturi, tratamente ortodontice, detartraje, tratamentul parodontopatiilor;

e) asistență acordată ulterior repatrierii.

2.4.3 Societatea nu acordă prejudicii generate de:

a) practicarea sporturilor extreme și alte activități cu un grad ridicat de risc, individual sau în cadrul unor întreceri sau competiții, atât pe parcursul desfășurării acestora, cât și în timpul antrenamentelor și participarea la competiții sportive oficiale;

b) participarea Asiguratului la orice tip de competiții, întreceri, raliuri, curse, precum și antrenamente pentru acestea sau la activități considerate periculoase, participarea ca membru al unei echipe de navigație dintr-o țară în alta, la sporturi profesionale sau semiprofesionale, curse (dar nu alergări) etc., enumerarea nu este limitativă și nici exhaustivă;

c) sporturi de agrement, cum ar fi: salt cu coarda elastică, alpinism, parașutism, planorism, ciclism montan, acrobații, cascadorii, manipularea focurilor de artificii sau a materialelor explozibile, vânătoare, coborârea pe frânghie, participarea la o expediție, heats, conducerea de jet bike, jetski, bob, practicarea de scuba diving la adâncimi de peste 6 metri, navigări cu pluta peste nivelul 3. Enumerarea anterioară nu este limitativă și nici exhaustivă;

d) orice solicitări decurgând sau rezultând din escaladarea canioanelor, escaladare montană sau explorarea de peșteri, sau orice activități care presupun utilizarea de echipament special pentru aceste evenimente;

e) practicarea activităților artistice, inclusiv în cadrul repetițiilor, dacă nu s-a convenit altfel între părți;

f) participarea la zboruri aeriene, dacă Asiguratul nu are calitatea de pasager plătit al unui bilet valabil al unei companii aeriene licențiate;

g) conducerea unui vehicul motorizat pentru care Asiguratul nu deține un permis de conducere valabil;

h) practicarea sporturilor de agrement în afara spațiilor special amenajate în acest sens sau contrar recomandărilor/indicațiilor instructorilor/salvamarilor, salvamontiștilor etc. (de ex.: ski, snowboard în afara pârtiei, înotul în zone interzise sau în perioada în care unitățile de salvamari interzic acest lucru etc.).

2.5 OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI

2.5.1 Înainte de semnarea Poliței, Asiguratul este obligat:

a) să declare corect și complet Asiguratorului starea sănătății sale și riscurile la care se expune în timpul călătoriei în străinătate, prin completarea în dublu exemplar a unei declarații scrise pe proprie răspundere, care face parte integrantă din Poliță; Emiterea Poliței în lipsa declarației Asiguratului nu reprezintă o renunțare din partea Asiguratorului la exigența respectării obligației Asiguratului. La solicitarea expresă a Asiguratului, Asiguratorul poate pune la dispoziția acestuia un model orientativ al unei astfel de declarații.

b) să aibă asupra sa, pe tot parcursul deplasării în străinătate, atât Polița, condițiile cât și actele de identitate, în vederea identificării sale în cazul apariției evenimentului asigurat;

c) să declare existența altor Polițe pentru aceleași riscuri la alte societăți de asigurare, atât la încheierea Poliței, cât și pe parcursul derulării acesteia;

d) să răspundă în scris la solicitările Asiguratorului cu privire la condițiile care influențează riscul, pe care le cunoaște și să se conformeze recomandărilor

făcute de acesta privind măsurile de prevenire a daunelor;

e) să ia, potrivit cu împrejurările, toate măsurile rezonabile în scopul prevenirii/diminuării apariției/producerii riscurilor asigurate și să respecte reglementările legale incidente;

f) să se conformeze măsurilor preventive obligatorii sau recomandate de autoritățile locale (vaccin/medicație), să respecte indicațiile privind alimentația, igiena, specifice țării și/sau zonei geografice și să respecte reglementările legale în vigoare.

2.5.2 În timpul derulării Poliței, Asiguratul este obligat să informeze Asigurătorul referitor la orice modificare survenită în starea sa de sănătate, ulterior încheierii Poliței și anterior plecării în călătorie. Lipsa declarației Asiguratului poate afecta valabilitatea Poliței în măsura în care se dovedește că Asiguratul suferă de boli sau afecțiuni preexistente momentului semnării acesteia.

2.5.3 În cazul producerii unui eveniment acoperit prin asigurarea medicală, Asiguratul este obligat:

a) să ia legătura cu centrala de asistență a Prestatorului de servicii înainte de a se adresa unui medic autorizat pentru a fi îndrumat către cea mai apropiată unitate medicală, unde i se va garanta preluarea cheltuielilor pentru evenimentul asigurat. În cazul în care Asiguratul este în imposibilitate obiectivă de a contacta Prestatorul de servicii, datorită unui eveniment asigurat grav, care a necesitat transportul de urgență al Asiguratului către cel mai apropiat centru medical adecvat situației, Asiguratul va trebui să contacteze ulterior Prestatorul de servicii la numerele de telefon pentru **TURCIA +90242.313.1250 sau +4021.231.00.79 și fax: +4021.230.63.50 și pentru alte țări +4021.201.90.44 sau +4031.730.99.44 și fax: +4021.201.90.40** (disponibile permanent), pentru a da toate informațiile cerute și a solicita instrucțiuni. În acest caz, termenul în care Asiguratul trebuie să contacteze Prestatorul de servicii este de maxim 48 ore de la data producerii evenimentului asigurat. Limbile utilizabile pentru comunicarea cu centrala de asistență sunt: română, maghiară, germană, franceză și engleză;

b) Asiguratul trebuie să comunice Prestatorului de servicii, ori, după caz Asigurătorului, toate informațiile pe care le cunoaște privind producerea evenimentului asigurat și să îi pună la dispoziție orice document pe care îl deține în legătură cu acesta;

c) Asiguratul trebuie să respecte indicațiile echipei medicale, precum și recomandările Prestatorului de servicii sau ale Asigurătorului.

2.6 STABILIREA ȘI PLATA INDEMNIZAȚIILOR

2.6.1 Asigurătorul va despăgubi, în baza asigurării medicale, cheltuielile efectuate în legătură cu evenimentul asigurat, care au fost garantate/acceptate de Prestatorul de servicii pus la dispoziție de către Asigurător, ca urmare a notificării de către Asigurat a evenimentului asigurat.

2.6.2 Dacă Asiguratul a efectuat plăți în mod direct în legătură cu producerea evenimentului asigurat, Asigurătorul va despăgubi acestuia numai acele cheltuieli care sunt recunoscute ca necesare de către Prestatorul de servicii.

2.6.3 În cazul producerii mai multor evenimente asigurate în cadrul aceleiași perioade de asigurare, sumele asigurate se diminuează, începând cu cel de-al doilea eveniment, cu suma plătită de Asigurător în contul serviciilor de care a beneficiat Asiguratul. Sumele plătite pe tipuri de cheltuieli vor fi deduse din sumele maxime asigurate aferente, pentru aria geografică în care Asiguratul se află sau în care urmează să efectueze călătoria, în decursul aceleiași perioade de asigurare. Valoarea tuturor despăgubirilor acordate nu poate depăși în niciun caz sumele maxime asigurate pentru fiecare arie geografică și nu se va putea calcula prin însumarea sumelor asigurate pentru fiecare arie geografică.

2.6.4 În cazul în care Asiguratul nu contactează Prestatorul de servicii, Asigurătorul poate decide, prin derogare de la prezentele condiții, despăgubirea cheltuielilor până la suma maximă de **500 EURO**. În această situație, cererea de despăgubire a cheltuielilor trebuie depusă în termen de **4 zile** lucrătoare de la data întoarcerii Asiguratului în țară, sub sancțiunea decăderii din dreptul de a mai solicita despăgubiri.

2.6.5 Cererea de despăgubire va fi însoțită de următoarele documente:

a) declarația Asiguratului sau a urmașilor cu privire la producerea evenimentului asigurat și la serviciile de asistență de care a beneficiat acesta;

b) facturile și notele de plată în original privind cheltuielile efectuate, cu specificarea serviciilor de asistență la care se referă;

c) foaia de observație a pacientului cu mențiunile zilnice ale medicului;

d) documente medicale care să conțină diagnosticul și tratamentul indicat de medicul curant;

e) Polița și orice alte documente necesare pentru soluționarea cererii;

f) persoanele care călătoresc în alt scop decât turistic, vor depune și o adeverință de la instituția abilitată (angajator, instituție de învățământ, club sportiv etc.) care să ateste calitatea Asiguratului la momentul producerii evenimentului, precum și scopul declarat al călătoriei.

2.6.6 Cererea de despăgubire și documentele atașate vor fi depuse de către Asigurat, sau de către urmașii acestuia/persoanele în drept, în limba română, cu traduceri autorizate, costurile acestor traduceri fiind suportate de către Asigurat sau de către urmașii acestuia/persoanele în drept.

2.6.7 Toate actele solicitate de Asigurător se depun în original sau în copie legalizată. Regula este aceea că actele originale rămân la dosarul de daună al Societății, ele constituind acte de justificare a plăților efectuate.

2.6.8 Prin simpla semnare a Poliței, Asiguratul este de acord ca, în cazul apariției unui eveniment asigurat, să permită medicului său de familie, precum și oricărui medic curant, să dezvăluie Asigurătorului orice informații medicale ce sunt necesare pentru soluționarea dosarului de daună. De asemenea, Societatea este îndreptățită să ceară, iar Asiguratul implicat într-un eveniment asigurat este dator să se prezinte spre a fi examinat și de medici desemnați de Asigurător. În cazul în care starea sa nu-i permite deplasarea, Asiguratul se obligă să primească a fi examinat de acești medici. Cheltuielile legate de consultul efectuat în condițiile prezentului paragraf sunt suportate de către Societate. Informațiile obținute de Asigurător conform prezentului paragraf vor fi utilizate exclusiv în scopul soluționării dosarului de daună.

2.6.9 Asigurătorul are dreptul să refuze plata despăgubirii dacă Asiguratul, urmașii acestuia/persoanele în drept nu se conformează instrucțiunilor primite de la Prestatorul de servicii.

3. CONDIȚII PRIVIND ASIGURAREA BAGAJELOR DE CĂLĂTORIE

3.1 OBIECTUL ASIGURĂRII

Are în vedere plata indemnizațiilor către Asigurat în cazul producerii evenimentelor asigurate pe parcursul perioadei de asigurarea bagajelor conform prezentelor condiții.

3.2 EVENIMENTE ASIGURATE

3.2.1 **Întârzierea mai mult de 6 ore a bagajelor** aflate în custodia transportatorului (perioada de timp dintre ora debarcării, așa cum este ea confirmată de către autorități sau de către compania de transport și ridicarea bagajului de la compania de transport), eveniment petrecut numai în perioada de asigurare, datorat transportatorului și recunoscut de către acesta.

3.2.2 **Pierderea bagajelor** aflate în custodia transportatorului pe durata unei călătorii efectuate, numai în perioada de asigurare.

3.2.3 **Furtul bagajelor** prin fracție sau prin acte de tâlhărie, declarat astfel de către organele de cercetare penală.

3.2.4 **Deteriorarea sau distrugerea bagajelor** ca urmare a unui accident sau incendiu declarat de autorități.

3.3 SUME ASIGURATE

În cazul producerii unui eveniment asigurat, Asigurătorul despăgubește Asiguratul conform planului **STANDARD** până la **500 EURO** pe întreaga perioadă de asigurare, după cum urmează:

- a) **Bagaj pierdut:** indemnizație de **150 EURO**.
- b) **Bagaj întârziat mai mult de 6 ore** de la debarcarea din avion: indemnizație de **2 EURO/oră**, inclusiv primele 6 ore și până la maxim **50** de ore.
- c) **Bagaj furat:** indemnizație de **150 EURO**.
- d) **Bagaj deteriorat:** indemnizație de **100 EURO**.

3.4 EXCLUDERI

Pe lângă excluderile prevăzute la art. 2.4, Asigurătorul nu acordă despăgubiri nici pentru următoarele:

- a) bagaje destinate transportului de obiecte cu o greutate combinată mai mică de 5 kilograme, cum ar fi: genți de umăr, borsete, poșete, sacoșe, pungi etc.;
- b) întârzieri ale bagajelor care nu se încadrează în limitele de dimensiune, greutate și număr impuse de către compania aeriană cu care călătorește Asiguratul;
- c) bagaje care nu sunt transportate în același zbor cu al Asiguratului;
- d) furturi de bagaje din automobile, rulote sau imobile lăsate neînchise sau care nu prezintă urme de pătrundere prin efracție;
- e) furtul bagajelor care au fost lăsate la vedere în automobile, rulote sau imobile, chiar și închise;
- f) furturi din autovehicule sau rulote lăsate nesupravegheate (care nu se află în parcuri păzite și iluminate) între orele 22 și 7;
- g) bagaje care nu sunt proprietatea Asiguratului, bagaje furate din cauza neglijenței Asiguratului, bagaje lăsate nesupravegheate în spații deschise (balcoane, coridoare, terase), distrugerea bagajelor și a conținutului acestora;
- h) furturi de bagaje pe teritoriile țărilor în care Asiguratul posedă cetățenie, domiciliu sau reședință;
- i) sustrageri de obiecte din bagajele asiguraților; nu se asigură decât furtul integral al bagajelor;
- j) defecțiunile electrice sau mecanice sau o eroare de fabricație a bagajului;
- k) întârzierile de recuperare a bagajelor în situațiile în care Asiguratului nu îi este permis să călătorească (i se interzice îmbarcarea sau este debarcat înainte de decolare/plecare) după ce a depus bagajele pentru transport;
- l) bagaje reținute de autorități, întârzierea bagajelor din cauza unor acțiuni ale poliției/organelor vamale sau a altor organe abilitate să le rețină;
- m) daunele provocate de greve ale angajaților companiei de transport, aeroporturilor/autogărilor/gărilor/porturilor, agenților de securitate, vameșilor;
- n) pierderi financiare și daune de consecință (de exemplu lipsa folosinței bunurilor), accident aviatic, daune provocate în situații de forță majoră.

3.5 OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI

3.5.1 În cazul în care, după debarcare, Asiguratul nu își găsește bagajul în zona din aeroport destinată recuperării bagajelor (baggage claims), acesta trebuie să se prezinte personal, **imediat**, la biroul amenajat pentru situații de acest gen pentru a completa un formular special, care conține date personale, itinerarul de zbor și date despre bagaje.

3.5.2 În cazul producerii unui eveniment asigurat prin prezenta Poliță, Asiguratul este obligat să anunțe Asigurătorul cât mai curând posibil, dar nu mai târziu de 48 de ore de la producerea evenimentului asigurat sau 3 zile lucrătoare de la întoarcerea în țară, la numerele de telefon: (+40) 021.231.00.54/79/90, 021 231.07.13, 230.32.48, Program de lucru: de Luni până Vineri, între orele locale 09:00 - 17:00, fax: 021.231.04.42, e-mail: daune@cityinsurance.ro, sau la adresa <http://www.cityinsurance.ro/contact>.

3.5.3 Asiguratul trebuie să comunice Asigurătorului toate informațiile pe care le cunoaște privind producerea evenimentului asigurat și să îi pună la dispoziție orice document pe care îl deține în legătură cu acesta.

3.5.4 Asiguratul trebuie să declare dacă a încheiat alte polițe pentru riscurile acoperite de prezenta Poliță.

3.6 STABILIREA ȘI PLATA INDEMNIZAȚIILOR

3.6.1 Bagajele și conținutul lor se asigură la o valoare fixă, conform planului STANDARD, indiferent de numărul și tipul obiectelor din care sunt alcătuite. Sumele asigurate sunt detaliate la art.3.3 din prezentele condiții.

3.6.2 În cazul producerii a două sau mai multe evenimente în perioada de asigurare, valoarea totală a despăgubirilor nu va putea depăși în niciun cazsumele asigurate pentru fiecare tip de eveniment pentru întreaga perioadă de asigurare.

3.6.3 Asiguratul poate beneficia de indemnizații pentru întârzierea bagajului numai dacă îl recuperează de la compania aeriană cu care a călătorit. În cazul în care nu îl recuperează și compania aeriană îl declară oficial pierdut, Asiguratul poate beneficia de indemnizația pentru pierderea bagajului. În niciun cazun Asigurat nu poate avea dreptul la plata ambelor despăgubiri pentru același bagaj, implicat în unul și același eveniment asigurat.

3.6.4 Cererea de despăgubire va fi însoțită de următoarele documente:

- a) declarația Asiguratului cu privire la producerea evenimentului asigurat;
- b) formularul completat la biroul de reclamații pentru bagaje al aeroportului de destinație;
- c) biletul/biletele de avion pentru călătoria/călătoriile pe parcursul cărora s-au produs evenimentele asigurate, cu tichetul de predare a bagajelor implicate în evenimentul asigurat;
- d) în cazul întârzierii bagajelor, confirmarea de primire a bagajelor de la compania aeriană, cu data și ora la care a avut loc aceasta;
- e) în cazul pierderii bagajelor, înștiințare scrisă de la compania aeriană că aceasta a încetat să mai caute bagajul și îl consideră definitiv pierdut;
- f) în cazul pierderii deteriorării sau distrugerii, tichet de bagaj;
- g) Polița și orice alte documente necesare pentru soluționarea cererii.

3.6.5 Toate actele solicitate de Asigurător se depun ori se prezintă în original. Regula este aceea că actele originale rămân la dosarul de daună al Asigurătorului, ele constituind acte de justificare a plăților efectuate.

4. DISPOZIȚII FINALE

4.1 Legea aplicabilă contractului de asigurare este legea română, Legea 136/1995 privind asigurările și reasigurările din România, Legea 32/2000 privind societățile de asigurare și supravegherea asigurărilor.

4.2 Asiguratul declară că cele prevăzute în contractul de asigurare au fost negociate cu Asigurătorul, conform prevederilor Legii nr. 193/2000 privind clauzele abuzive din contractele încheiate între comercianți și consumatori.

4.3 Deducerile prevăzute de legislația fiscală aplicabilă contractelor de asigurare se supun Codului Fiscal în vigoare.

4.4 Documentele care atestă încheierea unei asigurări pot fi semnate și certificate prin mijloace electronice, în condițiile prevăzute de Legea nr. 455/2001 privind semnătura electronică.

4.5 În vederea protejării asiguraților, beneficiarilor asigurării și terțelor persoane păgubite, Societatea contribuie la Fondul de garantare administrat de către Autoritatea de Supraveghere Financiară, destinat plăților de indemnizații rezultate din contractele de asigurare facultative și obligatorii, încheiate în condițiile legii, în cazul constatării insolabilității Asigurătorului.

4.6 Societatea are dreptul să utilizeze datele cu caracter personal ale Asiguraților/Contractanților sau Beneficiarilor contractelor de asigurare, înscrise în acestea, inclusiv codul de identificare fiscală, numai în scopul gestionării contractelor de asigurare și al instrumentării dosarelor de daună, cu respectarea prevederilor Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

4.7 Lipsa invocării unui drept sau beneficiu, recunoscut uneia dintre părți prin prezentul contract, nu reprezintă o renunțare la dreptul sau beneficiul respectiv.

4.8 Prezentele condiții, în măsura în care nu derogă prin conținutul lor, se completează cu prevederile legale în vigoare ce reglementează domeniul asigurărilor și cel al turismului.

4.9 Orice neconcordanță existentă între solicitările Asiguratului și cele înscrise pe Poliță, se anunță de către acesta prin adresă scrisă trimisă către Asigurător, în termen de maxim 2 zile lucrătoare de la data semnării prezentei Polițe. Ulterior expirării acestui termen Polița se consideră valabil încheiată.

4.10 Polița nu este valabilă în România și nici pe teritoriul statului a cărui cetățenie o posedă Asiguratul. Polița poate fi emisă numai pentru în țările în care Asiguratul nu posedă cetățenie sau drept de reședință.

4.11 Contractul de asigurare este nul de drept în caz de declarație inexactă sau de reticență făcută cu rea-credință de către Asiguratul/Contractantul asigurării 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. În acest caz primele de asigurare rămân dobândite Asiguratorului.

4.12 Declarația inexactă sau reticența din partea Asiguratului/Contractantului asigurării, făcută fără rea-credință, conferă Asiguratorului dreptul:

a) în cazul în care constatarea declarației inexacte sau a reticenței are loc anterior producerii riscului asigurat, fie de a menține contractul în vigoare, solicitând majorarea primei, fie de a rezilia contractul, la împlinirea unui termen de 10 zile calculate de la notificarea primită de Asigurat, restituindu-i acestuia din urmă partea din primele plătite, aferentă perioadei în cadrul căreia asigurarea nu mai funcționează;

b) în cazul în care constatarea declarației inexacte sau a reticenței are loc ulterior producerii riscului asigurat, indemnizația se reduce în raport cu proporția dintre nivelul primelor plătite și nivelul primelor ce ar fi trebuit să fie plătite.

4.13 În cazul denunțării sau rezilierii Poliței, prevederile acesteia se aplică pentru toate cazurile de evenimente asigurate survenite înainte de încetarea efectelor Poliței prin denunțare sau reziliere, până la lichidarea definitivă a acestora.

4.14 Dacă o clauză a acestui contract este declarată nulă sau inaplicabilă, valabilitatea celorlalte prevederi nu va fi afectată. Părțile convin ca orice astfel de clauză să fie înlocuită printr-o altă clauză valabilă care să corespundă cât mai bine spiritului contractului.

4.15 În cazul în care Asiguratul solicită anularea Poliței, acesta are dreptul la rambursarea primei de asigurare, diminuată cu cheltuielile de gestiune a Poliței, în valoare de 15 RON, în baza unei solicitări scrise înaintată către Societate, anterior începerii perioadei de asigurare. În cazuri temeinic justificate, cererea de rambursare se poate face în termen de cel mult 3 (trei) zile de la data începerii perioadei de asigurare, cu reținerea unor penalități suplimentare de 10% din prima de asigurare încasată.

4.16 Orice termen prevăzut în Poliță, va fi calculat de la ora 00.00 a zilei următoare celei în care s-a produs evenimentul asigurat sau a zilei în care Asiguratul a intrat în țară.

4.17 Prezenta asigurare dă dreptul la indemnizare numai pentru cheltuielile care nu sunt acoperite prin efectul altor asigurări și numai dacă indemnizarea nu este contrară unor reglementări legale în vigoare la data producerii evenimentului asigurat.

4.18 Societatea este îndreptățită să nu acorde și să refuze plata despăgubiri dacă:

a) Asiguratul/urmașii sau persoanele în drept nu au îndeplinit obligațiile/instrucțiunile din prezentele condiții;

b) evenimentul asigurat s-a produs în perioada de suspendare a efectelor juridice ale contractului;

c) în declarațiile Asiguratului sau ale reprezentanților acestuia, care au stat la baza încheierii Poliței sau care sunt făcute ulterior, inclusiv cu ocazia cererii de despăgubire în declarațiile Asiguratului, ale reprezentanților acestuia ori ale Beneficiarului, se constată neadevăruri, falsuri, aspecte frauduloase sau în mod evident exagerări; în aceste situații Polița devine nulă și nu mai poate produce efecte juridice;

d) Asiguratul nu a respectat recomandările Societății și din constatările făcute ulterior producerii evenimentului asigurat rezultă că, din acest motiv, dauna nu a putut fi evitată sau a fost favorizată, ori că dauna s-a mărit, pentru partea de daună care s-a mărit;

e) Beneficiarul despăgubirii sau, după caz, Asiguratul nu prezintă dovezi suficiente pentru justificarea dreptului său la plata despăgubirii;

f) se constată nerespectarea oricăror prevederi ale prezentelor condiții.

4.19 Asigurătorul are dreptul să amâne acordarea despăgubirii până la finalizarea anchetei declanșată împotriva Asiguratului din partea autorităților publice ori a procedurii penale, dacă acestea sunt în legătură cu producerea evenimentului asigurat.

4.20 În cazul unui eveniment asigurat, conform prezentelor condiții Asigurătorul va plăti sumele convenite în termen de 15 zile lucrătoare de la data depunerii ultimului document necesar pentru soluționarea dosarului de daună.

4.21 Prin plata indemnizației se sting orice pretenții ale Asiguratului față de Asigurător, în legătură cu evenimentul respectiv.

4.22 Drepturile de despăgubire dobândite în baza prezentei Polițe nu pot fi cesionate și nici transferate către terțe persoane decât cu acordul expres al Asiguratorului.

4.23 Asiguratul răspunde față de Asigurător 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 indemnizare față de terții răspunzători, de descărcare sau face o tranzacție etc., indemnizația care ar fi fost convenită se va reduce în mod corespunzător cu sumele care au făcut obiectul acestor acte juridice. Dacă indemnizarea a fost deja efectuată, Asiguratul este obligat să înapoieze indemnizația încasată.

4.24 Orice litigiu sau dispută ce apare între Asigurat/Beneficiar/Contractant și Asigurător, vor fi soluționate pe cale amiabilă sau prin mediere, iar în cazul în care acestea persistă, urmând a fi supuse spre rezolvare instanțelor de judecată competente din România. În situația în care părțile nu se înțeleg asupra cuantumului indemnizației de asigurare, suma care nu face obiectul litigiului va fi plătită de Asigurător, înainte ca acesta să fi fost soluționat de către instanța judecătorească.

4.25 Forța majoră exonerează de răspundere partea care, aflată în această situație, o notifică celeilalte părți în termen de cel mult 5 zile de la apariția forței majore și o dovedește cu înscrisuri oficiale în termen de 30 de zile de la apariția acesteia.

ASIGURAT/CONTRACTANT,

(nume, prenume/denumire, semnătură)

ASIGURĂTOR,

**Societatea de Asigurare-Reasigurare
City Insurance S.A.**

(nume, prenume, semnătură, ștampilă)