

ASIGURAREA TEMPORARĂ DE VIAȚĂ AEGON SMART



CONDIȚII GENERALE

Articolul 1. Definiții	3
Articolul 2. Contractul de asigurare	4
Articolul 3. Începutul și încetarea asigurării	4
Articolul 4. Suma asigurată	5
Articolul 5. Prima de asigurare	5
Articolul 6. Obligațiile Asiguratului	5
Articolul 7. Obligațiile Asigurătorului	5
Articolul 8. Riscurile asigurate	5
Articolul 9. Excluderi	6
Articolul 10. Stabilirea indemnizației de asigurare	7
Articolul 11. Plata indemnizației de asigurare	7
Articolul 12. Dispoziții finale	8

Dacă aveți nevoie de informații suplimentare, consultanții Aegon vă stau la dispoziție cu plăcere.
Ne puteți contacta telefonic la numărul de **Customer Service Center**
sau prin e-mail la adresa **info@aegon.ro**.

ARTICOLUL 1. DEFINIȚII



Accident: eveniment imprevizibil, survenit independent de voința Asiguratului, care cauzează vătămări corporale, datorate acțiunii subite și violente asupra organismului a unor factori externi fizici (mecanici, termici, electrici, etc.) sau chimici, cu excepția infecțiilor (virale, bacteriene, fungice, etc.) și substanțelor terapeutice care acționează asupra sistemului imunitar.

Asigurat: persoana a cărei viață sau sănătate este asigurată prin contractul de asigurare.

Asigurător: Aegon Towarzystwo Ubezpieczen na Zycie S.A., cu sediul ul. Woloska 5, 02-675 Warszawa, număr de ordine în Registrul Asigurătorilor și Reasigurătorilor și intermediarilor în asigurări și/sau reasigurări RX-912, reprezentat pe teritoriul României de Aegon Towarzystwo Ubezpieczen na Zycie S.A. Varsovia - Sucursala Florești, cu sediul pe str. Avram Iancu, Nr. 506-508, Et. 5, 407280 Floresti, Cluj, România, Nr. O.R.C.: J12/3192/2011, CUI: 29501352, Operator de date cu caracter personal: 22362/2012.

Beneficiar: persoana fizică îndreptățită, după caz, să primească conform condițiilor contractuale sau legii, indemnizația de asigurare. În cazul decesului Asiguratului, Beneficiari sunt mostenitorii legali ai Asiguratului, iar în cazul intervenției chirurgicale sau spitalizării Asiguratului, Beneficiar este Asiguratul.

Contractant: persoana fizică care încheie contractul de asigurare cu Asigurătorul și care își asumă responsabilitatea de a plăti primele de asigurare la termenele stabilite. Conform prezentelor condiții Contractantul este aceeași persoană cu Asiguratul.

Data de intrare în vigoare a contractului de asigurare: data înscrisă în contractul de asigurare la care începe răspunderea Asigurătorului.

Data de maturitate a contractului de asigurare: data înscrisă în contractul de asigurare la care încetează răspunderea Asigurătorului.

Eveniment asigurat: eveniment care stă la baza producerii riscului asigurat în urma căruia Asigurătorul acorda despăgubiri în baza condițiilor de asigurare.

Indemnizație de asigurare: suma plătită Beneficiarului/Asiguratului în cazul de producerii riscului asigurat.

Intervenție chirurgicală: procedura medicală efectuată la recomandarea unui medic specialist exclusiv în scop terapeutic, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- este practică în timpul spitalizării, în secția de chirurgie a unui spital, în conformitate cu standardele și normele medicale recunoscute, de către un medic chirurg sau echipă operatorie de specialitate, în prezenta unui medic ATI;
- presupune efectuarea unei anestezii locale sau generale și a unei incizii.

Medic chirurg: medicul cu pregătire de specialitate care deține drept de practică într-o specialitate chirurgicală.

Medic ATI: medicul cu pregătire de specialitate care deține drept de practică în specialitatea anestezie și terapie intensivă.

Moneda contractului de asigurare: moneda în care sunt exprimate primele de asigurare și sumele asigurate. Moneda contractului de asigurare este lei.

Moștenitori: persoanele desemnate conform legislației române în vigoare privitoare la succesiune.

Necesitate medicală: un serviciu medical furnizat de o instituție sanitară publică sau privată este considerat necesar dacă Asigurătorul, prin asistența și expertiza acordate de medicul specialist colaborator, stabilește că este util pentru diagnosticul sau tratamentul vătămării corporale ca urmare a unui accident.

Perioada de valabilitate a contractului de asigurare: perioada cuprinsă între data de intrare în vigoare a contractului de asigurare și data la care încetează răspunderea Asigurătorului.

Spital: este o instituție sanitară publică sau privată, autorizată și acreditată conform reglementărilor legale în vigoare, care îndeplinește următoarele condiții:

- acordă servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați, cu consemnarea zilnică a stării clinice și a procedurilor de diagnostic și tratament aplicate, conform procedurilor legale în vigoare;
- dispune de facilități și echipamente medicale de specialitate;
- dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate, acreditat conform reglementărilor legale în vigoare;
- dispune de serviciu de gardă cu participarea continuă a medicilor și a personalului auxiliar.

Spitalizare: perioada de internare în spital de minimum 24 de ore, recomandată de un medic specialist în scopul tratării urmărilor unui accident, cu următoarele excepții:

- a. spitalizarea ca urmare a unor condiții medicale preexistente datei de intrare în vigoare a prezentei asigurări;
- b. spitalizarea în scop de convalescență, reabilitare, odihnă, cură de dezalcoolizare sau dezintoxicare, geriatrie sau în regim ambulatoriu (la domiciliu);
- c. spitalizarea după data de externare recomandată de medicul specialist.

Suma asigurată: suma înscrisă în contractul de asigurare pentru riscul asigurat care stă la baza stabilirii indemnizației de asigurare.

Vătămare corporală: vătămare fizică a corpului Asiguratului, care poate fi stabilită din punct de vedere medical, cauzată de un accident produs pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare.

ARTICOLUL 2. CONTRACTUL DE ASIGURARE

1. Contractul de asigurare se încheie pentru o sumă asigurată în lei și pe o durată de o lună.
2. Poate fi asigurată o persoană cu vârsta de minim 18 ani, la începutul perioadei asigurate și maxim 65 de ani la sfârșitul contractului de asigurare.
3. Nu se asigură persoane care la data semnării cererii de asigurare: au o invaliditate permanentă din accident mai mare de 50% sau invaliditate permanentă totală din accident sau boală.



ARTICOLUL 3. ÎNCEPUTUL ȘI ÎNCETAREA ASIGURĂRII

1. Răspunderea Asigurătorului în baza contractului de asigurare începe la ora 0:00 a zilei următoare emiterii contractului de asigurare sau la o dată ulterioară solicitată de către Contractant, cu condiția achitării primei de asigurare.
2. Răspunderea Asigurătorului în baza contractului de asigurare încetează într-una din următoarele situații:
 - a. la ora 0:00 a zilei specificate în contractul de asigurare ca dată de maturitate;
 - b. la producerea decesului Asiguratului;
 - c. la inițiativa Contractantului;
 - d. la inițiativa Asigurătorului, conform condițiilor contractuale.
3. Decizia de denunțare unilaterală a contractului se comunică în scris. Contractul va înceta de plin drept, fără a mai fi necesară îndeplinirea vreunei alte formalități, la ora 0:00 a zilei următoare înregistrării solicitării Contractantului la sediul Asigurătorului, respectiv a confirmării de primire a înștiințării din partea Asigurătorului.



ARTICOLUL 4. SUMA ASIGURATĂ

Suma asigurată pentru toate riscurile asigurate este menționată în contractul de asigurare.



ARTICOLUL 5. PRIMA DE ASIGURARE

1. Contractantul are obligația să achite prima de asigurare în lei la data achiziționării produsului de pe www.aegonmarket.ro. Achitarea acesteia condiționează îndeplinirea obligațiilor Asigurătorului, conform contractului de asigurare.
2. Plata se poate face prin mijloacele online puse la dispoziție pe www.aegonmarket.ro.



ARTICOLUL 6. OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI

1. Asiguratul este obligat, în cazul în care se produce evenimentul asigurat, spitalizare sau intervenție chirurgicală, să solicite și să urmeze neîntârziat un tratament medical și să urmeze indicațiile medicului pentru a-și grăbi însănătoșirea. Asigurătorul poate refuza plata indemnizației în cazul în care Asiguratul nu respectă indicațiile medicale.
2. Asiguratul este obligat, la cererea Asigurătorului, să se supună unei noi examinări medicale efectuată de un medic agreat de Asigurător, în scopul verificării diagnosticului și stabilirii indemnizației de asigurare care va fi plătită. Costurile acestei examinări vor fi suportate de Asigurător.

ARTICOLUL 7. OBLIGAȚIILE ASIGURĂTORULUI

Asigurătorul se obligă să plătească indemnizația de asigurare, conform condițiilor de asigurare, pentru riscurile asigurate pentru care a optat Contractantul.

ARTICOLUL 8. RISCURI ASIGURATE

1. În baza opțiunii contractului de asigurare se pot asigura următoarele riscuri:
 - a. decesul din accident sau boală;
 - b. intervenția chirurgicală din accident;
 - c. spitalizarea din accident.
2. Riscurile sunt acoperite atât pe teritoriul României, cât și în afara acestuia.



ARTICOLUL 9. EXCLUDERI



1. Asigurătorul nu datorează indemnizație de asigurare pentru riscurile asigurate cauzate de:

- a.** război civil, operațiuni de război, invazie, ocupație militară, ostilități, rebeliune, tulburări civile, insurecții, dictatură militară sau lovituri de stat, revolte, greve, acte de terorism sau de sabotaj, participarea activă la acte de vandalism, participare la forțe armate sau de menținere a păcii;
- b.** contaminare radioactivă sau chimică datorată utilizării unei arme sau dispozitiv pe bază de energie sau radiație termonucleară;
- c.** participarea Asiguratului, cu vinovăție, în orice formă sau modalitate, la săvârșirea unei fapte ce constituie infracțiune, potrivit legii de la data săvârșirii faptei;
- d.** accidente aeriene, cu excepția accidentelor survenite atunci când Asiguratul călătorește ca pasager într-un avion al unei companii de transport aerian autorizate să efectueze transportul de persoane;
- e.** accidente provocate intenționat sau tentativă de sinucidere, automutilare sau autovătămare a Asiguratului, indiferent de starea sa mintală;
- f.** infecții cauzate de vătămări corporale accidentale netratate ale Asiguratului, ca de exemplu vătămurile pielii sau ale mucoaselor prin care au pătruns în corp agenți patogeni, cu excepția rabiei sau tetanosului;
- g.** otrăviri sau intoxicații ale Asiguratului, cauzate de ingerarea de substanțe lichide, solide sau gazoase cu excepția cazului în care acestea au fost generate de un accident acoperit;
- h.** boli mentale, tulburări psihice sau de natură nervoasă ale Asiguratului;
- i.** consecințele folosirii de către Asigurat a drogurilor, stupefiantelor și narcoticelor fără prescripție medicală;
- j.** consecințele consumului de alcool de către Asigurat;
- k.** epidemie sau pandemie confirmată de autoritățile competente;
- l.** practicarea oricăror activități sportive ca hobby (la nivel de amator, în scopul petrecerii timpului liber);
- m.** practicarea oricăror activități sportive în mod profesionist (ca membru certificat/legitim al unui club sportiv, organizații sau asociații sportive cu participare la competiții și, eventual, cu obținerea de venituri din aceste activități).

2. Asigurătorul nu datorează indemnizația de asigurare dacă intervenția chirurgicală din accident sau spitalizarea din accident se produce ca urmare a:

- a.** chirurgiei plastice sau reparatorii, intervențiilor reconstructive sau cosmetice, cu excepția intervențiilor necesare pentru îmbunătățirea funcționii unui segment lezat, efectuate ca urmare a unei necesități medicale ca rezultat direct al unui accident acoperit prin prezenta asigurare suplimentară;
- b.** unor tratamente sau proceduri medicale care au scop diagnostic sau explorator (radiografie, analize, radioscopie sau fizioterapie), cu excepția cazurilor în care rezultatele analizelor și investigațiilor efectuate impun spitalizarea Asiguratului;
- c.** tratament dentar sau chirurgie dentară, cu excepția cazurilor în care dantura Asiguratului a fost lezată de o vătămare corporală;
- d.** vătămurilor sănătății cauzate de tratamente, proceduri medicale, investigații sau operații suferite de Asigurat care nu sunt ca urmare și nu au legătură de cauzalitate directă cu accidentele acoperite prin prezenta asigurare suplimentară;
- e.** intervențiilor chirurgicale care, în opinia medicilor agreați de Asigurător, nu sunt necesare pentru tratarea vătămurilor suferite de Asigurat, chiar dacă acestea au fost recomandate sau aprobate de către un medic specialist;
- f.** intervențiilor care implică exclusiv incizie, drenaj sau puncție la orice nivel, sutura tegumentului, mușchilor sau tendoanelor, precum și injectarea de substanțe terapeutice sau diagnostice;
- g.** intervențiilor chirurgicale ca urmare a unor intervenții sau tratamente, anterioare încheierii prezentei asigurări suplimentare, efectuate greșit.

ARTICOLUL 10. STABILIREA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

1. Indemnizația în caz de deces din accident sau boală

1.1. În caz de deces din accident sau boală survenit în perioada de valabilitate a contractului de asigurare, Asigurătorul va plăti Beneficiarului o indemnizație egală cu suma asigurată pentru deces din accident sau boală.

2. Indemnizația în caz de intervenție chirurgicală din accident

2.1. În caz de intervenție chirurgicală suferită de Asigurat ca urmare a unui accident care este produs pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare, Asigurătorul va plăti Asiguratului indemnizația egală cu suma asigurată pentru intervenții chirurgicale din accident la care se aplică un procent determinat în funcție de Lista intervențiilor chirurgicale (un extras al acesteia este disponibil în secțiunea asigurări de viață, pe www.aegon.ro).

2.2. Plata indemnizației se va efectua cu condiția ca Asiguratul să supraviețuiască cel puțin 24 de ore după finalizarea intervenției chirurgicale. Sunt acoperite numai intervențiile chirurgicale suferite ca urmare a unei necesități medicale.

2.3. În cazul în care Asiguratul suferă două sau mai multe intervenții în cadrul aceleiași ședințe operatorii, atunci indemnizația plătită este egală cu indemnizația corespunzătoare intervenției chirurgicale care are cel mai mare procentaj, conform listei de intervenții chirurgicale.

2.4. Pentru orice intervenție chirurgicală care nu este menționată în lista de intervenții chirurgicale, Asigurătorul va plăti o indemnizație calculată prin analogie cu o intervenție chirurgicală menționată în listă, cu excepția cazului în care acea intervenție este exclusă în mod explicit conform prezentelor condiții de asigurare.

2.5. Procentele aplicate sumei asigurate pentru intervenții chirurgicale nu pot depăși cumulativ 100% din suma asigurată.

2.6. Indemnizația se va plăti doar cu respectarea condiției ca intervenția chirurgicală să se fi efectuat în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data accidentului.

3. Indemnizația în caz de spitalizare din accident

3.1. În caz de spitalizare survenită pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare ca urmare a unui accident produs pe perioada de valabilitate a contractului de asigurare, Asigurătorul va plăti Asiguratului indemnizația egală cu indemnizația zilnică de spitalizare înmulțită cu numărul de zile de spitalizare.

3.2. Numărul maxim de zile de spitalizare este 30 zile calendaristice.

ARTICOLUL 11. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

1. În vederea plății indemnizației de deces, Beneficiarul este obligat să prezinte Asigurătorului, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la producerea decesului, următoarele:

- a.** documente care să dovedească legitimitatea beneficiarului de a obține indemnizația;
- b.** certificatul de deces în copie legalizată sau hotărâre judecătorească de declarare a decesului, după caz;
- c.** copia certificatului medical constatator al decesului vizat de Registrul de Stare Civilă;
- d.** copia actelor legale încheiate de organele competente cu privire la evenimentul în urma căruia a survenit decesul.

2. În vederea plății indemnizației de intervenții chirurgicale, Asiguratul este obligat să prezinte Asigurătorului în termen de maximum 15 zile calendaristice de la data la care a fost finalizată intervenția chirurgicală, următoarele documente:

- a. copia foii de observație care să conțină informații referitoare la data și ora la care începe și se termină spitalizarea și, de asemenea, informații cu privire la intervenția chirurgicală suferită;
 - b. copia documentelor medicale care atestă consecințele accidentului care a impus intervenția chirurgicală, emise de un medic care profesază în spitalul respectiv și în care să se menționeze data efectuării intervenției și istoricul clinic.
3. În vederea plății indemnizației de spitalizare, Asiguratul este obligat să prezinte Asigurătorului în termen de maximum 15 zile calendaristice de la data externării, următoarele documente:
 - a. copia foii de observație care să conțină informații referitoare la data și ora la care începe și se termină spitalizarea și, de asemenea, informații cu privire la condițiile de spitalizare;
 - b. copia biletului de ieșire din spital;
 - c. copia documentelor medicale care atestă cauzele și împrejurările producerii riscului asigurat.
4. Asigurătorul își rezervă dreptul de a refuza plata indemnizației în cazul în care nu au fost puse la dispoziția sa documentele mai sus menționate și de a solicita și alte documente necesare pentru analizarea cauzelor și împrejurărilor producerii riscului asigurat.
5. Beneficiarul/Asiguratul este obligat să furnizeze toate informațiile și documentele solicitate de Asigurător și să permită acestuia să facă investigații cu privire la circumstanțele producerii riscului asigurat.
6. Înscrierea în fals, anularea sau orice modificare intervenită cu privire la valabilitatea juridică sau în conținutul documentelor medicale prezentate de către Beneficiar/Asigurat pot atrage după caz exonerarea Asigurătorului privind plata indemnizației.
7. Plata indemnizației se va face în lei într-un cont bancar al Beneficiarului/Asiguratului deschis la o bancă pe teritoriul României.
8. Asigurătorul va efectua plata indemnizației în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data la care documentația solicitată este completă.
9. În cazul în care riscul asigurat s-a produs în afara teritoriului României atunci documentele necesare pentru analizarea cauzelor și împrejurărilor în care s-a produs riscul asigurat vor fi traduse în limba română, de către un traducător autorizat, iar costul traducerii va fi suportat de către Beneficiar/Asigurat.

ARTICOLUL 12. DISPOZIȚII FINALE

1. Legea aplicabilă prezentului contract de asigurare este legea română. Dispozițiile contractuale se completează cu cele legale în materie, și anume Codul Civil, Legea 237/2015 privind activitatea de asigurare și supravegherea asigurărilor, cu modificările și completările ulterioare, Legea 236/2018 privind distribuția de asigurări precum și legislația elaborată de Autoritatea de Supraveghere Financiară. Dacă pe parcursul derulării contractului de asigurare, prevederile legale vor suferi modificări cu impact asupra unor dispoziții contractuale, atunci se vor aplica prevederile legale în vigoare la momentul respectiv.
2. Pentru orice posibile diferențe de opinii care ar putea apărea între părți cu privire la încheierea, interpretarea, executarea sau încetarea relațiilor contractuale se va încerca soluționarea în prealabil pe cale amiabilă, părțile urmând a se convoca în vederea concilierii diferendului într-un loc și la un termen precis determinate. În urma efectuării acestei proceduri, se va încheia un proces-verbal care va constata voința părților. Neajungerea la un acord sau neprezentarea nejustificată la conciliere permite sesizarea instanțelor judecătorești competente de la sediul Asigurătorului, în vederea soluționării litigiilor.
3. Asiguratul are dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor, potrivit dispozițiilor Ordonanței Guvernului nr. 38/2015 și a regulamentelor și procedurilor emise de Autoritatea de Supraveghere Financiară și, precum și cu privire la condițiile de accesare a procedurilor de soluționare a litigiilor, cu condiția să facă dovada că, în prealabil, a încercat să soluționeze litigiul direct. Soluționarea alternativă a litigiilor se

efectuează de Entitatea de Soluționare Alternativă a Litigiilor (SAL-FIN) în domeniul financiar nebanca, ce funcționează exclusiv în cadrul Autorității de Supraveghere Financiară. Pentru soluționarea alternativă a litigiilor Asiguratul trebuie să își exprime această opțiune în mod voluntar și să se adreseze SAL-FIN în scris, direct la sediul SAL-FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare.

4. Comunicarea între părțile contractante se va realiza prin mijloacele electronice (de exemplu pe e-mail, telefonic și pe platforma online www.24aegon.ro).

5. La calculul primelor de asigurare și/sau indemnizațiilor de asigurare s-au utilizat tabele de mortalitate și morbiditate care pot fi obținute la cerere de la Asigurător.

6. În ceea ce privește stabilitatea financiară a companiei Aegon, menționăm că cel mai bun garant în acest sens este legislația europeană Solvency II, la care se supune și compania noastră. Raportul privind solvabilitatea și stabilitatea financiară a companiei în conformitate cu regimul Solvency II se regăsește pe site-ul companiei <https://www.aegon.ro/RO-Homepage-Viata/Despre-Aegon/solvabilitate/>.