

CONDIȚII GENERALE ALE CONTRACTULUI DE ASIGURARE DE VIAȚĂ DE GRUP PENTRU GARANTAREA CREDITELOR DE NEVOI PERSONALE FĂRĂ IPOTECĂ IMOBILIARĂ APLICABILE CONTRACTĂRII PRIN MIJLOACE ELECTRONICE SAU PE SUPORT LETRIC.

1. Dispoziții generale:

1.1. Prezentele Condiții Generale ale Contractului de Asigurare de Viață de Grup pentru Garantarea Creditelor de nevoi personale fără ipotecă imobiliară aplicabile contractării prin mijloace electronice sau pe suport letric, (denumite în continuare „Condiții Generale”) împreună cu Polița cadru de asigurare și cu Cererea de asigurare reprezintă Asigurarea de Viață de Grup pentru Garantarea Creditelor de nevoi personale fără ipotecă imobiliară aplicabile contractării prin mijloace electronice, sau pe suport letric (denumită în continuare “Asigurarea de Viață de Grup”), încheiată între BRD Asigurări de Viață S.A (denumită în continuare „Asigurator”) și BRD Groupe Société Générale S.A (denumită în continuare „Contractantul asigurării”) pentru asigurarea de viață a clienților persoane fizice care aderă la Asigurarea de Viață de Grup, clasa de asigurare C1, clasificare din Legea nr.237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare, Anexa 1.

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

2. Definiții

Definițiile folosite în aceste condiții generale au următorul sens:

1- Asigurare individuală: adeziunea individuală a persoanelor asigurate la Asigurarea de Viață de Grup, formalizată prin semnarea cererii de asigurare prin mijloace electronice sau olograf și dovedită prin Certificatul de asigurare.

2- Polița cadru de asigurare: documentul care certifică încheierea Asigurării de Viață de Grup pentru garantarea Creditelor de nevoi personale fără ipotecă imobiliară prin vânzarea/contractarea la distanță sau în agentie, semnată de Asigurator și Contractantul asigurării.

3- Persoana asigurată/Asiguratul: Persoana fizică ce primește un credit de la BRD - Groupe Société Générale S.A. și care a aderat la Asigurarea de Viață de Grup.

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

5- Credite de nevoi personale fără ipotecă imobiliară accesate la distanță: următorul tip de credit acordat de BRD - Groupe Société Générale:

Credite de nevoi personale fără ipotecă imobiliară, cu următoarele subcategorii:

- Credite de nevoi personale nenominalizate prin canalul de contractare la distanță;
- Credite de nevoi personale nenominalizate (creditul Espresso), acordate inclusiv cu scopul de refinanțare

- Credite de nevoi personale cu obiect: credite verzi, credite pentru acoperirea cheltuielilor de studii, credite pentru tratamente medicale
- Credite acordate ca soluție de reeșalonare/restructurare

6- Soldul Creditului: reprezintă valoarea rămasă de rambursat din credit în baza contractului de credit, datorat de către împrumutat și nerambursat de către acesta, ajuns sau nu la scadență.

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

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

9- Durata acoperirii asigurării individuale: reprezintă perioada de timp pe parcursul căreia în cazul producerii riscului asigurat în legătură cu persoana asigurată, Asiguratorul va fi obligat, în conformitate cu prevederile prezentelor Condiții Generale, să plătească indemnizația de asigurare Beneficiarului.

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

11- Cerere de Asigurare: documentul prin care Persoana asigurată solicită aderarea la Asigurarea de Viață de Grup.

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

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

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

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

16- Invaliditate Totală Permanentă: Invaliditatea permanentă și totală a Persoanei asigurate provocată de vătămări corporale sau afecțiuni care sunt de natură să împiedice total Persoana asigurată, în momentul înaintării cererii de solicitare a despăgubirii și în orice moment viitor, să lucreze sau să fie angajată cu remunerație, salariu sau cu câștiguri în cadrul oricărei ocupații. Gradul de invaliditate este stabilit conform deciziei emise de medicul expert al asigurărilor sociale, conform prevederilor legale privind sistemul public de pensii și alte asigurări sociale. Conform prezentelor Condiții Generale gradul I sau gradul II de invaliditate, ambele nerevizuibile, sunt considerate stări de invaliditate totală și permanentă.

17- Invaliditate Totală Permanentă din Accident: Starea de invaliditate totală și permanentă (definită mai sus) rezultată în urma unui accident produs pe perioada de valabilitate a acoperii prin asigurare și instalată într-un interval de cel mult 6 luni de la data producerii accidentului.

18- Incapacitate Temporară de Muncă: Vătămarea corporală rezultată dintr-un accident sau îmbolnăvire, care împiedică Persoana asigurată să fie angajată pentru o anumită perioadă de timp în orice domeniu sau activitate sau să presteze muncă în schimbul unei remunerații sau a unui profit corespunzător educației, pregătirii și experienței sale.

19 - Afecțiune medicală preexistentă: Orice afecțiune sau complicații ale unei afecțiuni existente înainte de data intrării în vigoare a asigurării individuale pentru o persoană asigurată, precum și orice afecțiune pentru care Asiguratul a fost consultat sau a efectuat investigații medicale diagnostice sau a efectuat un tratament anterior intrării în vigoare a Asigurării individuale sau orice afecțiune care a generat simptome specifice ce ar fi determinat o persoană prudentă să solicite o examinare medicală înainte de data intrării în vigoare a asigurării individuale. Tratamentul face referire la orice medicație sau procedură medicală prescrisă sau neprescrisă de un Medic. **Asiguratorul va avea dreptul de a analiza caracterul preexistent al unei afecțiuni medicale la momentul primirii cererii de plata a indemnizației de asigurare.**

20- Spitalizare din accident

Spitalizare - perioada continuă de internare într-un Spital, cu durata de cel puțin o Zi de spitalizare, prin care se asigură asistență medicală de specialitate, exclusiv ca urmare a producerii unui accident și care are loc în perioada de valabilitate a Asigurării individuale. Internarea trebuie făcută la recomandarea unui Medic și numai ca urmare a producerii unui accident. Se exclud internarea la domiciliu, spitalizarea în scop de odihnă, reabilitare, cură de dezalcoolizare sau de dezintoxicare, geriatrie, precum și internarea în Spital la solicitarea pacientului.

21 Zi de spitalizare - perioada de minim 24 de ore consecutive, calculate pe baza orei internării și externării Asiguratului.

22- Spital - Unitatea sanitară cu paturi, de utilitate publică, cu personalitate juridică, proprietate publică sau privată, care asigură servicii de asistență medicală permanentă, 24 ore din 24, 7 zile din 7. Spitalul trebuie să dețină autorizațiile și licențele de funcționare emise de către autoritatea guvernamentală sau juridică teritorială aferentă. Instituțiile care nu sunt considerate Spitale sunt, fără a se limita la: centrele de recuperare, centrele de asistență medicală extinsă, căminele de bătrâni, stațiunile balneare și sanatoriile.

23- Perioada neacoperită - Numărul de zile de la începutul fiecărei perioade de Spitalizare din accident, în care nu se va plăti nicio indemnizație de asigurare. Astfel, pentru primele 5 zile consecutive, începând cu prima Zi de Spitalizare, nu se va plăti Indemnizația Zilnică de Spitalizare. În cazul Spitalizărilor din accident pe perioade mai mari de 5 zile consecutive, indemnizația de asigurare se va plăti pentru toată perioada de Spitalizare, din care se va deduce Perioada neacoperită.

24- Șomaj: Condiția unei persoane care se află în următoarele situații cumulative:

- este în căutarea unui loc de muncă și are vârsta cuprinsă între 16 ani și vârsta pensionării;
- este sănătoasă și capacitățile fizice și mintale îi permit să desfășoare o activitate;
- nu are un loc de muncă;

- este disponibilă pentru a începe munca imediat ce un post devine vacant;
- este înregistrată la Oficiul Forțelor de Muncă în raza căruia domiciliază sau este rezidentă, după caz, sau la alte servicii de ocupare a forțelor de muncă care funcționează în condițiile legii, pentru a obține un loc de muncă.

25- Indemnizația de asigurare: suma pe care Asiguratorul o va plăti Beneficiarului dacă riscul asigurat se produce în perioada de acoperire a Asigurării individuale a Persoanei asigurate.

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

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

3.2 Durata Asigurării de viață de grup este de 1 an și este reînnoită la Data aniversării, pe baza acordului tacit, pe perioade succesive de 1 an, dacă nicio notificare de încetare, denunțare unilaterală nu a fost trimisă în prealabil de către una dintre părțile contractante, cu cel puțin 20 de zile înainte de încetare.

3.3 Încetarea Asigurării de Viață de Grup

Asigurarea de Viață de Grup poate înceta în următoarele modalități:

- a) prin acordul părților, la data convenită în scris;
- b) prin denunțare unilaterală de către Contractant;
- c) prin reziliere, în cazul neîndeplinirii sau îndeplinirii necorespunzătoare a obligațiilor contractuale de către una dintre părți, fără nicio formalitate prealabilă sau intervenția vreunei instanțe, cu excepția unei notificări prealabile scrise, transmise celeilalte părți cu treizeci de zile înainte de data încetării contractului. Încetarea Asigurării de Viață de Grup nu va avea niciun efect asupra obligațiilor părților contractante care au devenit scadente înainte de data încetării.

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

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

4.1 Intrarea în vigoare: Asigurarea individuală începe la ora 00:00 a zilei următoare acordării creditului de către Contractantul asigurării, cu condiția acceptării /primirii de către Asigurator a cererii de asigurare semnată de Persoana asigurată.

Confirmarea primirii cererii de asigurare de către Asigurator se realizează prin transmiterea către Persoana Asigurată a unui mesaj de confirmare (în situația contractării la distanță) și emiterea certificatului de asigurare.

4.2 Durata Asigurării individuale: este egală cu durata creditului, cu respectarea prevederilor prezentelor Condiții Generale.

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

- în cazul neplății primei de asigurare, conform termenilor Articolului 9;
- la data Decesului persoanei asigurate sau la data confirmării Invalidității Totale Permanente acceptată de Asigurator;

- la data la care persoana asigurată împlinește vârsta maximă admisă, în conformitate cu art. 11;
- la data la care încetează contractul de credit;
- în cazul în care asigurarea a fost contractată folosind mijloace la distanță, prin exercitarea dreptului de retragere în termen de 30 de zile de la momentul încheierii asigurării individuale, fără penalități și fără a fi necesară invocarea vreunui motiv;
- prin denunțare unilaterală. Denunțarea contractului de asigurare de către Asigurat se poate efectua numai cu respectarea unui termen de preaviz de cel puțin 20 de zile calculate de la data transmiterii notificării către Contractantul Asiguratorului. În această situație, în cazul primirii notificării direct de Asigurator acesta va notifica Contractantul cu privire la orice denunțare unilaterală receptionată.

4.3.1 Acoperirea prin asigurare a Persoanei asigurate va înceta la ora 24:00 a zilei în care are loc încetarea Asigurării individuale.

5. Beneficiar al Asigurării de viață de grup

5.1 Toate sumele asigurate datorate de către Asigurator Beneficiarului asigurării, conform Asigurării de viață de grup, vor fi plătite BRD – Groupe Société Generale S.A.

6. Persoana asigurată

6.1 Pot fi asigurate acele persoane fizice, care îndeplinesc concomitent următoarele condiții:

- au vârsta minimă de 18 ani în momentul intrării în vigoare a Asigurării individuale, și nu mai mult de vârstă specificată în art.11.2;
 - dețin un act de identitate emis de autoritățile din România (carte de identitate);
 - se încadrează într-una din categoriile menționate la art. 18 de mai jos;
- sunt considerați „angajați” și beneficiază de acoperirile specifice angajaților acele persoane care dețin un contract individual de muncă, fie pe durată nedeterminată, fie pe durată determinată, **cu condiția ca durata acestuia din urmă să fie cel puțin egală cu durata Creditului solicitat;**
- sunt acceptate în asigurare de către Asigurator sau de către persoane autorizate de Asigurator prin emiterea Certificatului de asigurare.

6.2. Dacă o persoană asigurată are mai mult de o asigurare încheiată, atunci aceasta este Persoana asigurată pentru fiecare dintre împrumuturi.

7. Acceptarea în asigurare

7.1. Orice client persoană fizică, având calitatea de împrumutat în cadrul unui contract de credit de nevoi personale fără ipotecă, accesat la distanță sau în agentie, încheiat cu BRD Groupe Société Générale S.A poate fi acceptat în asigurare dacă:

- semnează cererea de asigurare olograf prin mijloacele electronice puse la dispoziție, consimțind să fie asigurat conform prevederilor prezentului contract;

7.2. Acceptarea în asigurare se realizează atunci când clientul primește Certificatul de asigurare pe email din partea Asiguratorului sau a persoanelor împuternicite de către acesta.

7.3. Încheierea contractului de asigurare prin mijloace electronice se realizează prin parcurgerea procesului de contractare on-line și /sau semnarea electronică a documentației de asigurare. Semnarea electronică a documentației necesare încheierii contractului de asigurare se realizează la inițiativa și cu consimțământul Persoanei asigurate, cu respectarea legislației aplicabile. Parcurgerea și finalizarea procesului prin mijloace electronice angajează contractual părțile.

7.4. Documentele precontractuale și contractuale vor fi furnizate prin mijloace electronice, pe suport durabil, conform opțiunii exprimate de Persoana asigurată. Persoana asigurată are dreptul de a solicita în mod gratuit o copie a documentației de asigurare pe suport hârtie.

8. Declarații false, incomplete sau inexacte

8.1. Persoana asigurată este obligată să răspundă în scris la întrebările formulate de Asigurator în cererea de asigurare, precum și să declare, la data încheierii contractului, orice informații sau împrejurări pe care le cunoaște și care, de asemenea sunt esențiale pentru evaluarea riscului. Contractul de asigurare este nul în caz de declarație falsă, incompletă sau inexactă făcută cu rea-credință de către Persoana asigurată cu privire la împrejurări care, dacă ar fi fost cunoscute de către Asigurator, l-ar fi determinat pe acesta să nu își dea consimțământul ori să nu îl dea în aceleași condiții, chiar dacă declarația sau reticența nu a avut influență asupra producerii Riscului asigurat. În acest caz, Beneficiarul asigurării nu are dreptul la plata indemnizației de asigurare. Primele plătite rămân dobândite Asiguratorului, care, de asemenea, poate cere și plata primelor convenite până la momentul la care a luat cunoștință de cauza de nulitate.

8.2. O declarație este efectuată cu rea-credință, atunci când Persoana asigurată cu bună știință declară date false, incomplete sau inexacte, urmărind sau acceptând inducerea în eroare a Asiguratorului.

9. Calculul și plata primelor de asigurare

9.1 Primele de asigurare lunare sunt calculate și colectate de către Contractantul Asigurării.

9.2 Prima de asigurare este plătită de către Persoana asigurată la aceeași dată cu plata ratei de credit, Persoana asigurată autorizând Contractantul asigurării să debiteze automat, lunar, primele de asigurare din contul curent. Prima de asigurare se plătește în moneda creditului. Dacă o Persoană asigurată are mai mult de un credit, prima de asigurare este datorată pentru fiecare asigurare de viață atașată fiecărui credit, potrivit prevederilor din prezentul contract.

9.3 Primele de asigurare sunt plătite în rate lunare, conform graficului de rambursare. Acestea sunt calculate prin aplicarea cotei de primă la valoarea soldului lunar al creditului, la data scadentă a plății, potrivit graficului contractual de rambursare a creditului.

9.4 Asiguratorul oferă acoperire numai dacă primele de asigurare sunt plătite în mod regulat la data scadentă. În caz de neplată, acoperirea nu va mai fi oferită după a doua

primă neachitată. În caz de neplată a două prime de asigurare consecutive, asigurarea pentru respectiva Persoană asigurată va fi reziliată.

9.5 În conformitate cu cele stipulate în Articolul 9.4, perioada maximă de grație este de 2 luni.

10. Garanții și revizuirii

10.1 La fiecare modificare a cotelor de primă de asigurare, persoanele asigurate care intră în asigurare anterior datei efective a intrării în vigoare a noilor cote de primă, vor păstra cotele de primă inițială care le-au fost aplicate.

10.2 Asiguratorul poate modifica cotele de primă de asigurare de comun acord cu Contractantul Asigurării, după ce l-a notificat pe acesta din urmă printr-o scrisoare, cu două luni înainte de modificare și Contractantul Asigurării a acceptat în scris modificarea.

10.3 Cota de primă nu este garantată de Asigurator în următoarele cazuri:

- în caz de modificare a beneficiilor de asigurare;
- în caz de modificare a condițiilor de eligibilitate;
- în caz de modificare a legii cu privire la taxele aplicate primelor de asigurare.

11. Riscurile asigurate

11.1 Prezentul contract oferă acoperire pentru următoarele riscuri produse pe perioada asigurării individuale:

- deces din orice cauză (din accident și din îmbolnăvire)
- invaliditate Totală Permanentă din orice cauză (din accident și din îmbolnăvire)
- incapacitate Temporară de Muncă
- șomaj
- spitalizare din accident.

11.2 Tipul de produs de creditare, riscurile asigurate și limitele de vârstă sunt următoarele:

TIP PRODUS DE CREDITARE	RISCURI ASIGURATE	LIMITE DE VÂRSTĂ
Credite de nevoi personale fără ipotecă imobiliară : <ul style="list-style-type: none">• Credite de nevoi personale nenominalizate contractate prin mijloace la distanță	Deces din orice cauză Invaliditate totală permanentă din orice cauză Incapacitate temporară de muncă Șomaj Spitalizare din accident	Minim la data începerii asigurării: 18 ani Maxim la data încetării asigurării: 76 ani minus 1 zi

11.3. Acoperirile Asigurării sunt indicate în cuprinsul art.18 de mai jos, în funcție de statutul Persoanei asigurate la momentul producerii riscului asigurat.

12. Aria geografică a asigurării

12.1 Acoperirile oferite de prezentul contract sunt valabile pe teritoriul României și în țările membre UE sau OCDE.

13. Excluderi în caz de Deces din orice cauză (Excluderi Generale)

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

13.1 Orice afecțiune patologică preexistentă, diagnosticată înainte de subscrierea asigurării individuale prin contractarea la distanță, efectele și consecințele acesteia, inclusiv recidiva unei Afecțiuni medicale preexistente;

13.2 Sinuciderea în primii doi ani după încheierea Asigurării individuale;

13.3. Evenimentele generate prin expunerea sau intoxicarea voluntară cu otravă, medicamente, alcool, gaz sau fum sau orice alți factori care pun viața Persoanei asigurate în pericol;

13.4 Orice accident sau îmbolnăvire legate de consumul de alcool peste valoarea de 0.6 gr / l alcool pur în sânge, alcoolism cronic sau folosirea narcoticelor, a drogurilor pe bază de opium sau a drogurilor stimulante, cu excepția cazurilor în care sunt prescrise de un medic autorizat;

13.5 Război civil, război, invazie declarată sau nu sau operațiuni asimilate războiului, acțiuni ale inamicilor străini, ostilități, revoltă, răscoală, răzmeriță, grevă, mișcări civile, rebeliune, revoluție, insurecție, acte de terorism, indiferent dacă Persoana asigurată a fost o victimă sau un participant activ / colaborator la aceste evenimente;

13.6 Săvârșirea unei contravenții, tentativă de comitere sau comiterea unei infracțiuni de către Persoana asigurată;

13.7 Epidemii sau pandemii (epidemiile și pandemiile trebuie confirmate de Ministerul Sănătății sau autorități asimilabile acestuia din țările unde s-au produs);

13.8 Zborurile aeriene ale persoanei asigurate pe orice tip de aeronavă, cu excepția situațiilor în care: dacă Persoana asigurată este pasager plătitor de bilet al unei aeronave care operează pe baza unui program fix, deținută de o companie aeriană de transport de pasageri înregistrată, pe ruta sa prestabilită, sau dacă Persoana asigurată este transportată ca pacient sau rănit sau însoțitor sau steward pe o aeronavă ambulanță sau de salvare sau pe un elicopter;

13.9 Participarea la oricare din sporturile următoare: activități în care este implicat un motor (inclusiv raliurile), box, scufundări cu aparate autonome, explorarea peșterilor, curse de bob, curse cu sănii, săriturile cu schiul, escaladare, alpinism, călărie, parașutismul, zborul cu delta-planul, zborul cu aeronave ultra-ușoare motorizate sau săritura cu coarda;

13.10 Expunerea voluntară sau involuntară a corpului la energie nucleară sau rezultatul unei explozii, radiații sau orice alte consecințe ca urmare a participării sau implicării în orice operațiuni sau activități de război sau militare (navale, terestre sau aeriene) desfășurate în timp de război sau în timp de pace;

13.11 Accidente sau îmbolnăviri pentru care persoana asigurată refuză să accepte tratamentul primit de la un medic ce are calitatea legală și profesională de a prescrie un tratament.

14. Excluderi în caz de Invaliditate Totală Permanentă - În plus față de Excluderile Generale

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

15. Excluderi în caz de Incapacitate Temporară de Muncă - În plus față de Excluderile Generale și față de cele pentru Invaliditate Totală Permanentă

- 15.1 Boli infecțioase;
- 15.2 Sarcina, nașterea, împreună cu complicațiile ce derivă, avortul (se va plăti indemnizația de asigurare doar dacă avortul s-a produs ca urmare a unei indicații medicale);
- 15.3 Concediul de maternitate sau paternitate, concediul pentru îmbolnăvirea copilului sau creșterea lui;
- 15.4 Toate afecțiunile disco-vertebrale privind rahisul (cervical, dorsal, lombar sau sacral sau coccigian), rezultatele și consecințele acestora, lumbago, durere de spate, sciatică, cruralgii, radiculalgii, cervicalgii, dorsalgii, neuralgii cervico-branhiiale, deplasări de discuri cu excepția cazului în care una dintre afecțiuni necesită spitalizare pentru o perioadă continuă de cel puțin 15 zile sau intervenție chirurgicală în timpul perioadei de Incapacitate Temporară de Muncă sau Invaliditate Totală Permanentă.

16. Excluderi în caz de Șomaj

- 16.1 Persoana asigurată (salariatul) și-a părăsit locul de muncă în mod voluntar;
- 16.2 Angajatorul a încetat contractul de muncă din cauza faptului că Asiguratul (salariatul) nu mai corespunde criteriilor impuse de poziția pe care o ocupă, în acord cu dispozițiile Codului Muncii și/ sau, dacă este cazul, cu alte dispoziții speciale legale;
- 16.3 Persoana asigurată a refuzat o anumită ofertă de muncă concretă, compatibilă cu pregătirea sa profesională sau, dacă este cazul, cu capacitatea de muncă determinată de medicul specialist în expertiza capacității de muncă;
- 16.4 Retragerea brevetului de liberă practică a profesiei;
- 16.5 Șomajul survenit după terminarea unui contract de muncă încheiat pe perioadă determinată;
- 16.6 Șomajul survenit după o perioadă de preaviz despre a cărei existență Persoana asigurată avea cunoștință la data intrării în vigoare a contractului de asigurare.

17. Excluderi în caz de Spitalizare din Accident - În plus față de Excluderile generale

- în cazul Decesului Persoanei Asigurate în timpul Spitalizării din accident;
- în situația în care spitalizarea Asiguratului nu a survenit ca o consecință directă a unui accident;
- în situația în care spitalizarea s-a produs ca urmare a unui accident rezultat în urma unor **afecțiuni pre-existente diagnosticate anterior datei de intrare în vigoare a asigurării**;
- în cazul în care Asiguratul nu necesită spitalizare;
- când soldul creditului pe baza căruia se calculează ratele lunare devine zero;

- spitalizarea care începe după expirarea acoperirii acestui risc, chiar dacă spitalizarea a fost recomandată înainte de expirarea acoperirii asigurării;
- spitalizarea rezultată ca urmare a implicării directe sau indirecte a Asiguratului în orice acțiuni de tip militar, naval, aerian, subacvatic;
- spitalizarea în vederea tratamentului infecțiilor contractate ca urmare a unui accident, excepție făcând infecțiile de tip pyogenic pentru care Asiguratul este acoperit;
- spitalizarea rezultată ca urmare a unui accident produs din cauza ori pe fondul consumului de alcool, substanțe stupefiante, alte substanțe psihotrope cu excepția cazurilor în care acestea sunt prescrise de un medic autorizat;
- internarea la domiciliu, spitalizarea în scop de odihnă, reabilitare, cură de dezalcoolizare sau de dezintoxicare, geriatrie, precum și internarea în Spital la solicitarea pacientului.

18. Categoriile de Asigurați eligibili și riscurile asigurate

Asigurat – statut la momentul producerii riscului asigurat	Riscul asigurat				
	Deces	Invaliditate totală permanentă	Incapacitate Temporară de Muncă	Șomaj	Spitalizare din accident
A. Angajat cu contract de muncă pe durată determinată* și nedeterminată. * cu respectarea condiției de la art.6.1 de mai sus	✓	✓	✓	✓	
B. Persoane care realizează venituri în afara unui contract individual de muncă /Neangajați (persoanele fizice autorizate (PFA), persoane care desfășoară activități economice și realizează venituri altele decât cele salariale, persoanele care exercită profesii liberale, persoanele care înregistrează venituri din drepturi de proprietate intelectuală, navigatorii, cenzorii/administratorii,	✓	✓	✓		✓

persoanele ce obțin venituri din rente viagere, chirii, dividende, contracte de colaborare)					
<p>C. Pensionar cu venituri suplimentare:</p> <p>a. persoane asigurate care dețin o pensie pentru limită de vârstă, în conformitate cu legislația în vigoare privind sistemul unitar de pensii publice, pentru a fi eligibili trebuie să realizeze venituri salariale suplimentare veniturilor din pensie.</p> <p>b. persoane fizice care dețin o pensie anticipată sau o pensie anticipată parțial, în conformitate cu legislația privind sistemul unitar de pensii publice și care desfășoară activități independente producătoare de venituri conform Codului Fiscal și sa detina un contract de asigurare pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate, în conformitate cu legislația privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate.</p>	✓		✓		✓

D. Pensionar fara venituri suplimentare celor din pensie	✓				
----------------------------------------------------------	---	--	--	--	--

19. Indemnizații de asigurare pentru Asigurații care au accesat asigurarea de viață de grup prin contractarea prin mijloace electronice

19.1. Indemnizația de asigurare în caz de Deces din orice cauză :

19.1.1 În caz de Deces din orice cauză (îmbolnăvire sau accident) al Asiguratului acoperit de Asigurator prin condițiile prezentului Contract, Asiguratorul oferă Beneficiarului Indemnizația de asigurare egală cu soldul creditului la data decesului, plus dobânda datorată Contractantului Asigurării de la data producerii evenimentului asigurat până la data notificării acestuia de către moștenitorii Asiguratului sau orice persoană care prezintă interesul asigurabil, dobânda fiind calculată pe o perioadă de maxim 7 luni.

19.1.2 Orice prime de asigurare, care au rămas neplătite la data decesului vor fi scăzute din valoarea Indemnizației de asigurare.

19.1.3 În caz de deces înainte de plata primei inițiale de asigurare, Beneficiarul va primi soldul creditului minus prima inițială.

19.1.4 Dacă riscul asigurat se produce pe parcursul perioadei de grație (2 luni de la data scadentă a primei de asigurare), Beneficiarul va primi soldul creditului, din care se deduce prima rămasă neachitată.

19.1.5 De această acoperire beneficiază toate categoriile eligibile de Asigurați, definite în tabelul de la Art.18. 19.1.6. Pensionarii care nu realizează venituri suplimentare celor din pensie sunt acoperiți de prezenta Asigurare doar pentru Deces din orice cauza, în cazul unui eveniment asigurat.

19.2. Indemnizația de asigurare în caz de Invaliditate Totală Permanentă (din îmbolnăvire sau accident)

19.2.1 Starea de Invaliditate Totală Permanentă este determinată de Comisia de Evaluare a Capacității de Muncă.

19.2.2 Beneficiile plătite în caz de Invaliditate Totală Permanentă sunt:

- În primele 6 luni de la producerea riscului asigurat și fără obținerea confirmării Invalidității Totale Permanente ca fiind nerevizuibilă, Asiguratorul va plăti ratele lunare ale creditului (capital datorat și dobânda aferentă).
- Dacă Persoana asigurată pune la dispoziția Asiguratorului, în primele 6 luni, Certificatul de încadrare în Gradul 1 sau Gradul 2 de invaliditate nerevizuibile, eliberat de către Comisia de Evaluare a Capacității de Muncă, Asiguratorul va sista

plata ratelor lunare dacă este cazul și va plăti valoarea soldului restant la data confirmării Invalidității Totale Permanente, plus dobânda datorată Contractantului Asigurării de la data confirmării Invalidității Totale Permanente până la data notificării acestei confirmări de către Persoana asigurată, dobânda fiind calculată pe o perioadă de maxim 7 luni, mai puțin ratele lunare plătite anterior.

19.2.3 După 6 luni, dacă Invaliditatea Totală Permanentă nu este confirmată ca nerevizibilă, Asiguratorul va opri plata ratelor lunare ale creditului.

19.2.4 Orice prime de asigurare, care au rămas neplătite la data producerii evenimentului asigurat, vor fi scăzute din indemnizația de asigurare.

19.2.5 Dacă riscul asigurat se produce înainte de plata primei inițiale de asigurare, din valoarea indemnizației de asigurare se va reține valoarea primei de asigurare.

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

19.3.1 Asiguratorul scutește Persoana asigurată de la plata primelor de asigurare în caz de Incapacitate Temporară de Muncă, recunoscută și acceptată de către Asigurator în urma îmbolnăvirii și ca urmare a accidentelor, dar nu mai mult de 6 luni consecutive/eveniment.

19.3.2 Indemnizația maximă este acordată de Asigurator pentru 2 evenimente asigurate pe toată durata de valabilitate a asigurării individuale.

19.3.3 Asiguratorul trebuie să fie informat de apariția Incapacității Temporare de Muncă, de către Contractantul Asigurării sau de către Persoana asigurată.

19.3.4 Scutirea de la plata primelor de asigurare începe cu data scadentă imediat următoare instalării Incapacității Temporare de Muncă cu condiția ca Persoana asigurată să fie în continuare în Incapacitate Temporară de Muncă.

19.3.5 Beneficiarul și Persoana asigurată trebuie să informeze în permanență Asiguratorul în cazul în care oricare dintre următoarele evenimente are loc: reîntoarcerea la muncă a Asiguratului, instalarea stării de Invaliditate Totală Permanentă sau Decesul.

19.3.6 Asigurații calificabili pe această acoperire sunt angajații cu contract pe durata determinată și nedeterminată de muncă, pensionarii cu contract de muncă și care fac dovada incapacității prin intermediul unui certificat medical, cât și persoanele care realizează venituri din activități independente și care fac dovada incapacității prin intermediul unui certificat medical.

19.4. Indemnizația de asigurare în caz de Șomaj

19.4.1 În caz de Șomaj, Asiguratorul va plăti o indemnizație de asigurare aferentă perioadei de șomaj (înregistrată în documentul emis de autoritatea de șomaj) și egală cu maxim 6 rate lunare ale creditului. Indemnizația de asigurare egală cu cele maxim 6 rate de credit este achitată prin plăți lunare, în conformitate cu prevederile articolului 21.6., dar nu mai mult de 5000 ron/rată lunară de credit.

19.4.2 Asiguratorul va plăti maxim 2 evenimente pe toată durata de valabilitate a asigurării individuale.

19.4.3 Obligația de plată apare în momentul în care Persoana asigurată îndeplinește următoarele condiții :

- Se încadrează în definiția de “șomaj” din prezentele Condiții Generale din motive independente de angajat, pentru mai mult de 30 de zile consecutive;

- A devenit șomer în timpul perioadei de asigurare, ulterior încheierii contractului de muncă cu ultimul angajator.

19.5. Indemnizația de asigurare în caz de Spitalizare din accident

19.5.1 Asiguratorul plătește pentru Persoana asigurată o indemnizație egală cu o rată lunară de credit, în caz de Spitalizare din Accident, recunoscută și acceptată de către Asigurator în urma unui eveniment din accident. Rata lunară de credit despăgubită este în sumă maximă de 5000 ron.

19.5.2 Despăgubirea maximă acordată de Asigurator este de 2 evenimente de asigurare pe toată durata asigurării individuale.

19.5.3 Dacă Asiguratul a înregistrat 2 evenimente într-o lună, acestea vor fi considerate 2 evenimente separate.

19.5.4. Plata despăgubirii ca urmare a Spitalizării din Accident începe cu data scadentă imediat următoare evenimentului de asigurare recunoscut și acceptat de Asigurator, pe baza documentelor de despăgubire complete, menționate la art. 21.

19.5.5. Indemnizația de asigurare se acordă de Asigurator în următoarele condiții:

- asiguratul a suferit un accident în perioada de valabilitate a asigurării individuale;
- spitalizarea din accident a avut loc într-un spital astfel cum acesta este definit la art.2;
- șederea în spital a Asiguratului a fost mai mare de 5 zile, care reprezintă perioada neacoperită;
- ziua de spitalizare este conform definiției;
- documentele care stau la baza despăgubirii sunt acceptate de Asigurator.

19.5.6. Asigurații calificabili pe această acoperire sunt persoanele care se încadrează în categoriile B și C de la art.18 de mai sus.

19.5.7. În situația în care Asiguratul a primit beneficiul pentru un alt risc asigurat notificat pentru un eveniment anterior, în concordanță cu prezentele condiții de asigurare, Asiguratul nu va mai primi despăgubirea ratei de credit ca urmare a Spitalizării din accident.

19.5.8. Asiguratorul va despăgubi al 2-lea eveniment în cadrul acoperirii Spitalizare din Accident, doar dacă primul eveniment a fost recunoscut, acceptat și plătit de Asigurator.

20. Limitele obligațiilor Asiguratorului

20.1 Asiguratorul nu are nicio obligație față de evenimentele care nu au avut loc în perioada de valabilitate a asigurării.

20.2 Asiguratorul nu este răspunzător pentru evenimentele excluse din Asigurarea de Viață de Grup menționate în prezentele Condiții Generale.

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

20.4 Asiguratorul are dreptul de a nu plăti Indemnizația de asigurare dacă: nu i se prezintă informații suficiente sau i se prezintă documente sau informații falsificate sau neadevărate sau dacă descoperă o fraudă.

20.5 Asiguratorul are dreptul de a nu plăti Indemnizația de asigurare dacă nu i se aduc dovezi suficiente și clare conform art. 21.3, în vederea stabilirii dreptului la despăgubire.

21. Depunerea cererii de despăgubire

21.1 În cazul producerii unui risc acoperit de asigurare, Persoana asigurată, respectiv moștenitorii săi sau orice altă persoană care prezintă interesul asigurabil în a primi plata unui beneficiu, trebuie să notifice în scris Contractantului producerea riscului asigurat și să pună la dispoziția acestuia documentele prevăzute la art. 21.4, în termen de 30 de zile de la producerea riscului asigurat. În termen de 5 zile de la data notificării menționată mai sus, Contractantul va comunica Asiguratorului producerea riscului asigurat și va transmite acestuia documentele primite.

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

21.3 Asiguratorul are dreptul de a solicita orice informații și documente medicale suplimentare relevante analizării cererii de despăgubire, ori de câte ori acestea sunt necesare în vederea evaluării corecte a riscului asigurat și stabilirii despăgubirii.

21.4 Asiguratorul trebuie să primească următoarele documente pentru a putea lua o decizie privind cererea de despăgubire:

- **În caz de Deces:**
 - copia unui act de identitate al persoanei care a solicitat despăgubirea*;
 - cererea de despăgubire completată corespunzător*;
 - copia cererii de asigurare de la Contractantul Asigurării sau de la client*;
 - copie certificat asigurare;
 - copie Certificat de deces* (conform cu originalul);
 - copia certificatului medical constatator al decesului*;
 - copia raportului poliției privind circumstanțele de producere a accidentului (dacă este cazul)*;
 - copiile documentelor medicale în caz de deces din îmbolnăvire (bilete de externare din spital, rezultate ale investigațiilor efectuate, copia fișei medicale de la medicul de familie etc) *;
 - copia graficului de rambursarea creditului;
 - orice alt document pe care Asiguratorul îl consideră necesar, cum ar fi evoluția afecțiunii, fișa medicală personală, decizia judecătorească privind declararea decesului sau a dispariției, după caz, precum și alte documente (daca va fi necesar, vor fi solicitate de Asigurator luând în considerare specificitatea fiecărui caz de despăgubire).
- **În caz de Invaliditate Totală Permanentă:**
 - copia unui act de identitate al persoanei care a solicitat despăgubirea*;
 - cererea de despăgubire completată corespunzător*;
 - copia cererii de asigurare de la Contractantul Asigurării sau de la client*;
 - copie certificat asigurare;
 - copia Certificatului eliberat de Comisia de Expertiză a Capacității de Muncă*;
 - copia raportului poliției privind circumstanțele de producere a accidentului (în caz de accident – dacă este cazul)*;

- copiile documentelor medicale în caz de invaliditate din îmbolnăvire, copii ale certificatelor concediilor medicale;
- copia graficului de rambursare a creditului;
- orice alt document pe care Asiguratorul îl poate considera necesar, precum evoluția afecțiunii, fișa medicală personală, alte documente.
- **În caz de Incapacitate Temporară de Muncă:**
 - copia unui act de identitate al persoanei care a solicitat despăgubirea*;
 - cererea de despăgubire*;
 - copia cererii de asigurare de la Contractant sau de la client*;
 - copie certificat asigurare;
 - copia Certificatului eliberat de Comisia de Expertiză a Capacității de Muncă (dacă acesta există);
 - copii ale certificatelor concediilor medicale*;
 - copia raportului poliției privind circumstanțele de producere a accidentului (în caz de accident – dacă este cazul)*;
 - copiile documentelor medicale în caz de incapacitate temporară de muncă din îmbolnăvire;
 - copia graficului de rambursare a creditului;
 - orice alt document pe care Asiguratorul îl poate considera necesar, precum evoluția afecțiunii, fișa medicală personală, alte documente.
- **În caz de Șomaj:**
 - copia unui act de identitate al persoanei care a solicitat despăgubirea*;
 - cererea de despăgubire*;
 - copia cererii de asigurare de la Contractantul Asigurării sau de la client*;
 - copie certificat asigurare;
 - copia documentului eliberat de Agenția Națională de Ocupare a Forței de Muncă, care atestă calitatea de șomer*;
 - copia graficului de rambursare a creditului;
 - copia deciziei de concediere*;
 - orice alt document pe care Asiguratorul îl poate considera necesar.
- **În caz de Spitalizare din Accident:**
 - cererea de despăgubire și declarația Asiguratului privind descrierea detaliată a împrejurărilor în care a avut loc accidentul ce a determinat necesitatea de Spitalizare în caz de Accident;
 - adeverința de salariat de la locul de muncă sau, după caz, dovada realizării de venituri suplimentare;
 - documente medicale din care să rezulte că Spitalizarea a avut loc ca urmare a unui accident și în care să fie menționată perioada de Spitalizare (biletul de externare din spital, altele);
 - copiile documentelor medicale (bilete de externare din spital, rezultate ale investigațiilor efectuate, copia fișei medicale de la medicul de familie etc);
 - proces-verbal de constatare a accidentului în special în cazul accidentelor de muncă (adeverințe medicale eliberate de instituția medicală care a dat primul ajutor, declarații ale martorilor etc.);
 - raportul poliției (în cazul investigării cazului de către poliție);

- copia actului de identitate al persoanei solicitante.

* - documente obligatorii pentru deschiderea dosarului de daună

21.5 Furnizarea oricăror informații false, înșelătoare, incomplete ori incorecte din partea Asiguratului sau a rudelor sale apropiate sau prezentarea de documente inexacte sau falsificate care intenționează să modifice dată, circumstanțele sau consecințele evenimentelor produse va avea drept rezultat pierderea dreptului de a beneficia de Indemnizația de asigurare.

21.6 Data deschiderii dosarului de daună este data la care Asiguratorul primește documentele obligatorii enumerate în cuprinsul art. 21.4.

21.7 În termen de 10 zile lucrătoare de la primirea tuturor documentelor solicitate, Asiguratorul trebuie să ia una din deciziile următoare:

- să accepte solicitarea de despăgubire și să plătească indemnizația de asigurare;
- să respingă solicitarea de despăgubire printr-o decizie motivată.

21.8 Informațiile despre decizia luată de Asigurator vor fi trimise beneficiarului asigurării și persoanei care notifică producerea riscului asigurat.

22. Investigarea și examinarea de către experți

22.1 Examinarea: Persoana asigurată care suferă de o invaliditate sau care se află în incapacitate temporară de muncă, ca urmare a producerii riscului asigurat trebuie să permită accesul oricărui medic autorizat de Asigurator, în orice moment din orice zi lucrătoare până la ora 20, la locul unde aceasta este supusă tratamentului sau la domiciliul acesteia, pentru a putea verifica gravitatea stării sale de sănătate, în caz contrar acoperirea prin asigurare putând fi refuzată.

22.2 Dacă există o diferență de opinie între Asigurator și Persoana asigurată (sau rudele cele mai apropiate ale Persoanei asigurate în caz de deces), atunci se vor folosi mijloace amiabile pentru a aduce un expert medical cu capacitatea de a acționa ca arbitru între cele două părți. Costurile și comisioanele pentru expertul medical astfel numit se împart echitabil între cele două părți.

22.3 Toate deciziile Asiguratorului luate pe baza concluziilor medicului expert desemnat vor fi notificate Persoanei asigurate prin scrisoare recomandată.

23. Valoarea de răscumpărare

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

24. Protecția datelor personale

24.1. Asiguratorul se angajează să respecte legislația aplicabilă protecției datelor cu caracter personal ale Asiguraților.

24.2. Informarea asiguraților și a altor persoane vizate ori, după caz, obținerea consimțământului informat pentru operațiunile de prelucrare a datelor cu caracter personal ale persoanelor vizate se realizează anterior încheierii contractului de asigurare sau pe parcursul duratei contractuale, în condițiile legale aplicabile.

24.3. Datele solicitate de Asigurator în diferitele formulare pe care le completează asigurații sau, după caz, alte persoane vizate, pe parcursul relației (pre)contractuale sunt obligatorii pentru stabilirea și derularea relației contractuale cu Asiguratorul sau pentru o bună gestionare a solicitărilor asiguraților.

25. Impozitare

25.1 Asiguratorul are dreptul de a efectua deduceri din orice indemnizații acordate în baza asigurării, pentru acoperirea oricărui impozit sau a oricărei taxe care ar putea fi impuse suplimentar Asiguratorului prin modificări legislative.

26. Moneda

26.1 Toate primele de asigurare și indemnizațiile din cadrul prezentei Asigurări de Viață de Grup sunt plătite în moneda contractului de credit, încheiat între Asigurat și BRD – Groupe Société Générale S.A.

27. Forța majoră

27.1 Clauza referitoare la forța majoră exonerează părțile de răspundere în caz de neexecutare parțială sau totală a obligațiilor asumate în prezentul Contract.

27.2 Forța majoră înseamnă un eveniment independent de voința părților, imprevizibil și insurmontabil, care are loc după încheierea Contractului și care împiedică părțile să-și execute parțial sau total obligațiile asumate.

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

28. Litigii și legea aplicabilă

28.1 Prezentul contract este guvernat de către legea română în vigoare.

28.2 În cazul apariției oricăror modificări ale legislației, după data intrării în vigoare a Asigurării de viață de grup, și care duc la creșterea sau extinderea obligațiilor oricăreia dintre părți (Asiguratorul și Contractantul asigurării), acestea sunt de acord să răspundă afirmativ la solicitarea unei discuții imediate, formulată în scris de oricare dintre ele, în vederea revizuirii termenilor și condițiilor contractului, astfel încat obiectivele stabilite inițial să fie atinse.

28.3 Disputele dintre părți sunt rezolvate prin acordul reciproc al părților, iar dacă nu se ajunge la niciun acord, de instanța judecătorească română competentă.

28.4 În toate cazurile de neînțelegeri apărute în legătură cu Asigurarea de viață de grup, Persoana asigurată se va adresa Contractantului, care va depune toate diligențele pentru rezolvarea situației apărute. În cazul neajungerii la un acord, Contractantul va transmite Asiguratorului documentele privind respectivă situație în vederea soluționării pe cale amiabilă.

Acesta la rândul său va contacta Persoana asigurată pentru obținerea de informații suplimentare, în cazul în care cele transmise de către Contractant nu sunt suficiente pentru luarea unei decizii în legătură cu situația apărută. După obținerea tuturor informațiilor, Asiguratorul va informa Persoana asigurată și Contractantul despre decizia luată.

29. Fondul de Garantare

29.1 În cazul în care, BRD Asigurări de Viață se va afla în stare de insolvabilitate, Fondul de Garantare, definit conform definiției din Legea nr. 213/2015 privind Fondul de Garantare al

Asiguraților, cu modificările și completările ulterioare, va proteja interesele asiguraților, beneficiarilor asigurării, precum și terțelor persoane păgubite.

30. Soluționarea petițiilor

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

31. Soluționarea alternativă a litigiilor

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

32. Modalitatea de accesare a rapoartelor Asiguratorului

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

33. Informații generale privind regimul fiscal

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