

CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE

PRIVIND ASIGURAREA DE GRUP PENTRU

CĂLĂTORII ÎN STRĂINĂTATE A DEȚINĂTORILOR (PERSOANE FIZICE) DE CARDURI DE DEBIT PLATINUM EMISE DE CREDIT AGRICOLE BANK ROMANIA PENTRU CLIEȚII SĂI PERSOANE FIZICE

În cuprinsul prezentelor condiții se adoptă următoarele definiții:

ASIGURĂTOR: Groupama Asigurări S.A, societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară sub Nr. RA – 009/10.04.2003, CodLEI 549300EO4TPESE4LEE73;

ASIGURAT: Persoană fizică cu domiciliul sau reședința în România cu vârsta minimă de intrare în asigurare de 18 ani, vârsta maximă la sfârșitul perioadei de asigurare fiind de 65 de ani, deținătoare de card de debit activ MasterCard PLATINUM emis de **CREDIT AGRICOLE BANK ROMANIA SA**;

ASISTENȚĂ: îndrumarea sau ajutorul acordat de asigurător, prin intermediul companiei de asistență colaboratoare asiguratului aflat în dificultate în timpul călătoriei în străinătate.

ACCIDENT: eveniment datorat unei cauze neprevăzute, externe, violente, fortuite și absolut independente de voința Asiguratului și care-i produce acestuia vătămări corporale;

BAGAJ ASIGURAT: geanta de voiaj, valiza, geamantanul, trollerul (inclusiv conținutul acestuia) etc, înregistrat de compania de transport aerian pe numele asiguratului și predat la cală, închis cu fermoar sau capac, cu care asiguratul călătorește pe durata asigurării.

BAGAJ ÎNTĂRZIAT: bagajul asigurat care nu este găsit la scurt timp după aterizarea în străinătate și este returnat asiguratului de compania de transport aerian după mai mult de 4 ore de la ora debarcării, așa cum este ea confirmată de autorități sau de compania de transport aerian;

BENEFICIAR: persoana fizică ce încasează indemnizația de asigurare în cazul producerii riscului asigurat;

BOALĂ: stare anormală a organismului detectabilă medical care afectează fie întregul organism, fie orice parte a acestuia și-i determină deteriorarea funcționării normale și este stabilită pe baza documentelor medicale;

COMPANIA DE ASISTENȚĂ: EUROP ASSISTANCE, persoană juridică împuternicită de Asigurător pentru a acorda asistență Asiguratului, care acționează în numele Asigurătorului și este solidară cu acesta pentru îndeplinirea condițiilor de asigurare;

CONTRACTANT: persoana juridică, care semnează contractul de asigurare și se angajează să plătească prima de asigurare, respectiv **CREDIT AGRICOLE BANK ROMANIA SA**;

CONTRACT DE ASIGURARE: actul juridic bilateral prin care Contractantul se obligă să plătească o primă Asigurătorului, iar acesta se obligă ca, la producerea unui anume risc, să plătească Asiguratului sau Beneficiarului despăgubirea sau suma asigurată, denumită în continuare indemnizație, în limitele și în termenele convenite. Din Contractul de asigurare fac parte integrantă: Formularul de Informare, Condițiile de asigurare, Certificatul de asigurare și celelalte Anexe ale Contractului de asigurare;

CARD BANCAR: cardul de debit MasterCard PLATINUM activ , emis de Contractant persoanei fizice, potențial Asigurat, ce reprezintă un suport de informație standardizat, securizat și individualizat, care permite posesorului său să îl utilizeze în țară și în străinătate pentru plata de bunuri și servicii, precum și pentru obținerea de numerar;

CERTIFICAT DE ASIGURARE: Document emis de Asigurător în care sunt înscrise datele de contact ale Asigurătorului/Companiei de asistență, datele de identificare ale Asiguratului și perioada asigurată;

CĂLĂTORIE ÎN STRĂINĂTATE: Călătorie în scop turistic sau business, dovedită prin documente justificative, cum ar fi, spre exemplu: ordinul de deplasare întocmit de Angajatorul Asiguratului semnat și ștampilat(în situația în care legislația aplicabilă o impune, de către destinatarul deplasării, precum și orice alte documente aferente călătoriei, bilete avion, tren etc., efectuată în afara granițelor teritoriale ale României, țării de cetățenie, țării de reședință a Persoanei asigurate, din momentul părăsirii acestor granițe, până în momentul reîntoarcerii în cadrul acestor granițe, nu mai mult de 30 de zile consecutive de la data părăsirii granițelor teritoriale ale României, țării de cetățenie, țării de reședință a Persoanei asigurate;

CĂLĂTORII MULTIPLE: ieșiri și intrări succesive în România, în scop turistic sau business, efectuate pe parcursul valabilității poliței de asigurare.

DIAGNOSTIC: atestarea/constatarea certă, de către un medic, a afecțiunii care a necesitat tratament de urgență.

DURERE ACUTĂ: simptomatologie instalată brusc sau cu o evoluție rapidă care, în urma unui tratament adecvat pe termen scurt, duce la restabilirea stării de sănătate.

CHELTUIELI DE CĂLĂTORIE: Prețul biletului de transport folosit pentru a trece frontiera la plecare și în timpul călătoriei sau costul combustibilului, în cazul în care se călătorește cu autoturismul sau cheltuielile de cazare/rezervări sau orice altă cheltuială întreprinsă în scopul efectuării călătoriei sau pe parcursul călătoriei;

CONDIȚII PRE-EXISTENTE: Orice boală sau vătămare corporală care a fost diagnosticată de un medic înainte de data contractării asigurării;

DATA PRODUCERII UNUI EVENIMENT ASIGURAT: Data producerii riscului asigurat; în cazul îmbolnăvirii va fi prima zi a stabilirii diagnosticului sau data la care persoana asigurată constată pentru prima dată existența bolii; în caz de accident va fi data producerii accidentului;

DAUNĂ (PAGUBĂ): Prejudiciul efectiv suferit de Asigurat în urma producerii evenimentului asigurat;

DURATA ASIGURĂRII: Durata de valabilitate a cardului bancar de debit MasterCard Platinum sub condiția achitării primei de asigurare pentru fiecare deținător de card de debit Platinum de către Contractant;

EVENIMENT ASIGURAT: Producerea riscului asigurat, care are drept consecințe apariția unor daune;

INDEMNIZAȚIE DE ASIGURARE (DESPĂGUBIRE): sumă datorată de asigurător beneficiarului în cazul producerii riscului asigurat. Indemnizația nu poate depăși suma asigurată stabilită pentru fiecare tip de risc asigurat în parte;

ÎMBOLNĂVIRE SUBITĂ: îmbolnăvire care se produce imprevizibil într-un timp scurt, în timpul unei călătorii în străinătate, pe durata de valabilitate a asigurării.

LIMITA DE DESPĂGUBIRE PE ASIGURAT: suma de bani maximă pe care asigurătorul o plătește pentru un asigurat, indiferent de numărul de evenimente sau de riscurile asigurate produse. În cazul în care suma solicitată cu titlu de indemnizație de asigurare în temeiul contractului depășește această limită, asigurătorul va achita indemnizația de asigurare doar până la atingerea limitei maxime de despăgubire pe asigurat.

LIMITA DE DESPĂGUBIRE PE CONTRACT: suma de bani maximă pe care asigurătorul o plătește cu titlu de indemnizație de asigurare, în baza contractului de asigurare, tuturor persoanelor asigurate incluse în contract, indiferent de numărul de evenimente sau de riscurile produse. În cazul producerii evenimentului asigurat care duce la depășirea limitei maxime stabilite prin contractul de asigurare:

- asigurătorul va achita indemnizația de asigurare doar până la atingerea limitei de despăgubire pe contract.
- indemnizația va fi distribuită tuturor persoanelor asigurate, în mod proporțional, ținându-se cont de sumele maxime asigurate pentru riscul asigurat respectiv.

LIMITA DE DESPĂGUBIRE PE EVENIMENT: suma de bani maximă, stabilită prin contractul de asigurare, pe care asigurătorul o plătește în cazul în care riscul asigurat se produce pentru mai mulți asigurați incluși în poliță, ca urmare a producerii aceluiași eveniment asigurat.

În cazul în care suma solicitată cu titlu de indemnizație de asigurare depășește această limită:

- asigurătorul va achita indemnizația de asigurare doar până la atingerea limitei de despăgubire pe eveniment;
- indemnizația va fi distribuită tuturor persoanelor pentru care s-a produs riscul asigurat, în mod proporțional, ținându-se cont de sumele maxime asigurate pentru riscul asigurat respectiv.

MEDIC: persoană posedând o diplomă de specialitate eliberată de autoritățile în domeniu, care profesează în baza unei autorizații valabile de liberă practică;

OAMENI DE AFACERI: persoane care efectuează călătoriile în străinătate în legătură directă cu serviciul sau cu activitatea proprie de afaceri, pe baza unui document justificativ în acest sens (delegație din partea firmei, invitație la un congres, seminar etc.).

PERIOADĂ DEDUCTIBILĂ: durata pentru care GROUPAMA ASIGURĂRI S.A. nu-și va asuma obligația de plată, dacă despăgubirea se situează sub această durată.

PERSOANĂ ELIGIBILĂ: orice persoană fizică, deținător de card bancar de debit activ Master Card Platinum, emis de CREDIT AGRICOLE BANK ROMANIA SA, la cererea persoanei fizice, client al CREDIT AGRICOLE BANK ROMANIA SA;

PRIMA DE ASIGURARE: suma de bani datorată de către Contractant în schimbul preluării riscului de către Asigurător (prețul asigurării);

RISC ASIGURAT: eveniment viitor, neprevăzut, posibil dar incert, pentru ale cărui urmări/consecințe se încheie Contractul de asigurare;

RUDE ALE ASIGURATULUI: soț, soție, copii, părinții asiguratului, părinții soțului sau ai soției asiguratului

SPITAL: unitate sanitară, publică sau privată, care dispune de:

- personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală
- facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați.

Infirmeriile pentru narcomani sau alcoolici, azilurile de bătrâni și, în general, casele de odihnă și cabinetele

fizioterapeutice nu se consideră spitale.

SPORTURI DE AGREMENT CU RISC REDUS: activități fizice sportive, practicate ocazional, în scop recreativ, la nivel amator, în condiții de normalitate și siguranță, într-un cadru organizat, cu echipament de protecție corespunzător.

SPORTURI DE SEZON: activități fizice sportive, practicate ocazional, în scop recreativ, la nivel amator, în condiții de normalitate și siguranță, într-un cadru organizat, cu echipament de protecție corespunzător. Nu sunt acoperite prin prezenta asigurare riscurile de accident în urma practicării sporturilor de sezon cu grad ridicat de risc, respectiv: schi, snowboard, ski-bobbing, schi nautic, surfing, wind surfing, kite surfing, stand up paddling, rafting, canoe, caiac, scuba diving, jet ski, parascending, navigație, iahting, carting, ascensiuni montane până la 3.000 m, ciclism, vânătoare. Enumerarea este limitativă.

TURIST: persoană care efectuează călătorii în străinătate în scop turistic, vizită la rude sau cunoștințe.

URGENȚĂ MEDICALĂ: o vătămare corporală sau o afecțiune acută ce pune în pericol viața sau sănătatea asiguratului și care necesită îngrijiri medicale ce nu pot fi amânate.

1. CONTRACTUL DE ASIGURARE

1.1. În baza Contractului de asigurare reprezentat de Certificatul de asigurare și de prezentele condiții de asigurare, Contractantul se obligă să plătească o primă de asigurare Asigurătorului, iar acesta preia asupra sa riscul producerii unui anumit eveniment așa cum este prevăzut în condițiile speciale, de mai jos, obligându-se ca la producerea evenimentului, să plătească Asiguratului/Beneficiarului desemnat, o indemnizație, în limitele și termenele convenite.

2. ÎNCHEIEREA ASIGURĂRII

2.1. Acoperirea prin asigurare începe astfel:

- pentru deținătorii cardurilor bancare de debit în vigoare la data intrării în vigoare a Contractului de Asigurare de Grup E 1378 /03.04.2017 sub condiția achitării de către Contractant a primei de asigurare;
- pentru persoanele fizice pentru care Contractantul va emite cardurile bancare de debit MasterCard Platinum pe perioada de derulare a Contractului de asigurare de grup E 1378 /03.04.2017 , de la ora 00:00 a zilei următoare lucratoare în care se activează cardul bancar, sub rezerva plății primei de asigurare potrivit clauzelor contractuale.

3. TERITORIALITATE

3.1. Asigurarea este valabilă în întreaga lume cu excepția României și a țării de cetățenie și țării de reședință a Asiguratului.

4. SUMA ASIGURATĂ

4.1. Quantumul total al indemnizațiilor plătite de Asigurător în decursul perioadei de asigurare nu poate depăși suma asigurată menționată în condițiile de asigurare, cu respectare limitei maxime de despăgubire/contract.

4.2. Suma asigurată pe perioada de asigurare/card bancar se diminuează cu valoarea despăgubirilor datorate și/sau plătite de Asigurător, în ordinea cronologică a producerii evenimentelor asigurate.

5. OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI

5.1. Persoanele Asigurate trebuie să ia toate măsurile de prevedere rezonabile, ale unei persoane responsabile și prudente, pentru a preîntâmpina producerea riscului și se vor conforma tuturor exigențelor legale și prevederilor contractuale, ca o condiție precedentă răspunderii Asigurătorului.

5.2. Asiguratul este obligat să nu facă sau să nu admită modificări care ar duce la mărirea riscului.

5.3. În cazul producerii evenimentului asigurat, Asiguratul este obligat:

a) să ia măsuri pentru limitarea daunelor, atunci când situația o permite;

b) să înștiințeze Asigurătorul despre producerea evenimentului asigurat în maxim 48 ore de la producerea evenimentului, furnizând date cu privire la natura și întinderea daunei. Dacă din cauza nerespectării acestui termen nu s-a putut stabili cauza producerii evenimentului asigurat și evalua dauna, Asigurătorul poate refuza plata indemnizației;

c) să permită Asigurătorului să facă investigații cu privire la cauza și mărimea daunei, precum și la mărimea indemnizației pe care o are de plătit;

d) să ia toate măsurile, pentru conservarea dreptului de regres al Asigurătorului, astfel dacă Asiguratul renunță la drepturile sale sau dacă din vina lui, exercitarea dreptului de regres nu mai este posibilă, Asigurătorul este eliberat de obligația de a plăti despăgubirea. În acest sens, Asiguratul trebuie să se abțină de la încheierea oricărei tranzacții, renunțarea de a încasa sau încasarea oricărei indemnizații fără acordul prealabil al Asigurătorului.

5.4. Să înștiințeze imediat, în cazul producerii unor evenimente asigurate, după caz, poliția, pompierii, organele medicale, cerând acestora întocmirea de acte cu privire la cauzele și împrejurările producerii evenimentului asigurat.

6. OBLIGAȚIILE ASIGURĂTORULUI

6.1. Asigurătorul are obligația de a presta serviciile prevăzute în contract cu profesionalism și promptitudine.

6.2. În cazul în care consideră necesar, Asigurătorul poate colabora cu un expert/specialist care să analizeze cauzele producerii evenimentului, circumstanțele care ar fi putut să modifice riscul și care nu fuseseră comunicate Asigurătorului, să cerceteze dacă Asiguratul și-a respectat obligațiile și să ajute la stabilirea valorii daunei și lichidarea acesteia. Despăgubirile se plătesc de Asigurător în termen de 15 zile calendaristice de la data depunerii ultimului document solicitat de Asigurător, cu condiția ca prin împlinirea acestui termen să nu se depășească 2 ani de la data producerii evenimentului asigurat.

7. ÎNCETAREA ASIGURĂRII ȘI A CONTRACTULUI DE ASIGURARE

Protecția prin asigurare încetează:

7.1. La ora 24.00 a datei de expirare înscrisă în Certificatul de asigurare.

7.2. La data încetării Contractului de card bancar de debit MasterCard Platinum din orice motiv.

7.3. Prin denunțare: asigurarea persoanei poate fi denunțată în scris de către - Asigurat sau Asigurător, oricând pe durata sa de valabilitate a asigurării, printr-o notificare scrisă, transmisă celorlalte părți prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire cu respectarea unui termen de preaviz de cel puțin 20 de zile

calendaristice. De asemenea, asigurarea persoanei poate fi denunțată în scris de către Asigurat, acesta având obligația de a notifica în scris, atât Asigurătorul cât și CREDIT AGRICOLE BANK ROMANIA SA în termenul sus menționat, cu respectarea termenului de preaviz.

Denunțarea asigurării reprezintă scoaterea persoanei respective din asigurarea de grup ce formează obiectul Contractului de asigurare.

Termenul de denunțare - începe să curgă de la data când Partea destinatară a luat la cunoștință de denunțare transmisă de cealaltă Parte și/sau Asigurat. Dacă notificarea nu se poate transmite din cauză că Partea destinatară și-a schimbat adresa de notificare, fără să comunice acest lucru celeilalte Părți, sau în cazul respingerii sau refuzului de a primi notificarea (inclusiv în cazul lipsei de la domiciliu/reședință/sediu și/sau al expirării termenului de păstrare a corespondenței), notificarea respectivă se consideră primită la data la care se constată imposibilitatea transmiterii acesteia sau, după caz, respingerea sau refuzul de a primi notificarea.

7.4. Prin reziliere: Oricare din părțile contractante poate notifica celeilalte părți rezilierea Contractului ca urmare a neîndeplinirii sau îndeplinirii necorespunzătoare a obligațiilor asumate prin contract. Rezilierea operează de drept, de la data comunicării notificării, fără a fi necesară îndeplinirea unei formalități.

7.5. Prin decesul Asiguratului.

7.6. La plata întregii indemnizații de asigurare pentru cel puțin un asigurat sau mai mulți, conform Sumelor asigurate și Limitei de despăgubire.

7.7. La data denunțării Contractului de asigurare E 1378 /03.04.2017

8. PROCEDURA DE ASISTENȚĂ

8.1. La producerea Riscului asigurat, Asiguratul sau reprezentantul acestuia trebuie:

- să anunțe telefonic Asigurătorul, la numărul înscris pe Certificatul de asigurare, în maxim 48 de ore de la producerea evenimentului;
- să furnizeze informații referitoare la evenimentul produs;
- să urmeze indicațiile Asigurătorului și ale Companiei de asistență.

Dacă Asiguratul nu respectă procedura de mai sus sau indicațiile Companiei de asistență, Asigurătorul poate să refuze plata despăgubirii dacă din acest motiv nu a putut stabili responsabilitățile care îi revin conform Contractului de asigurare.

8.2. Asigurătorul și Compania de asistență nu răspund de întârzierile în executarea serviciilor convenite în caz de greve, explozii, revolte, mișcări populare, restricții de liberă circulație, sabotaje, acte teroriste, război civil sau război, consecințe ale surselor de radioactivitate sau de orice alt caz de forță majoră, astfel cum aceasta a fost definită de Codul Civil.

9. ALTE PREVEDERI

9.1. Condițiile acestei asigurări sunt guvernate, se interpretează și se completează cu dispozițiile legale în materie din România și clauzele Contractului de asigurare. Legea aplicabilă contractului este legea română. În raporturile ce izvorăsc din asigurare, termenul de prescripție este conform legilor aplicabile în vigoare.

9.2. Părțile au agreeat de comun acord că prezentul Contract de asigurare de grup se încheie de către CREDIT AGRICOLE Romania S.A., în calitate de Contractant, exclusiv în numele și în contul persoanelor asigurate, deținători de carduri de debit MasterCard PLATINUM active emise de Contractant.

9.3. Societatea GROUPAMA ASIGURĂRI S.A este îndreptățită:

a) să amâne acordarea despăgubirii, dacă în legătură cu dauna a fost instituită împotriva Asiguratului o anchetă de către poliție sau o procedură penală, până la finalizarea anchetei respectiv a procedurii penale;

b) să nu plătească despăgubirea în cazul în care cererea de despăgubire este frauduloasă ori are la bază declarații false, sau dacă Asiguratul sau orice altă persoană acționând în numele lui a contribuit în mod deliberat ori prin neglijență gravă la producerea pagubei.

9.4. În cazul existenței mai multor asigurări încheiate pentru același risc asigurat, fiecare Asigurător este obligat la plata proporțional cu suma asigurată și până la concurența acesteia, fără ca Asiguratul să poată încasa o despăgubire mai mare decât prejudiciul efectiv, consecință directă a riscului.

9.5. Dacă este necesar pentru scopul și natura Contractului de asigurare, există posibilitatea ca părțile contractante să introducă, de comun acord, prevederi diferite de cele menționate în prezentele Condiții de Asigurare, acestea trebuind să fie în acord cu legislația aplicabilă în vigoare.

9.6. În cazul denunțării sau rezilierii Contractului de asigurare, prevederile acestuia se aplică pentru toate cazurile de daună survenite înainte de denunțare sau reziliere, până la lichidarea definitivă a acestora.

9.7. Orice neînțelegere decurgând din sau în legătură cu acest contract, inclusiv referitor la încheierea, executarea ori desființarea lui, se va soluționa pe cale amiabilă. În măsura în care părțile nu ajung la o soluție de compromis, litigiul va fi supus instanțelor judecătorești competente din România,.

9.8. Forța majoră exonerează părțile contractante de îndeplinirea obligațiilor asumate prin prezentul contract, pe toată perioada în care aceasta acționează. Evenimentul de forță majoră trebuie constatat și avizat de Camera de Comerț și Industrie din județul unde este înregistrată partea care a invocat forța majoră.

Îndeplinirea contractului va fi suspendată în perioada de acțiune a forței majore, dar fără a prejudicia drepturile ce li se cuveneau părților până la apariția acesteia. Partea contractantă care invocă forța majoră are obligația de a notifica celeilalte părți, imediat și în mod complet, producerea acesteia și de a lua orice măsuri care îi stau la dispoziție în vederea limitării consecințelor. Dacă forța majoră acționează sau se estimează că va acționa o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte va avea dreptul să notifice celeilalte părți încetarea de plin drept a prezentului contract, fără ca vreuna dintre părți să poată pretinde celeilalte daune-interese.

9.9. În cazul constatării insolvabilității Asigurătorului, Asiguratul/Beneficiarul asigurării se poate adresa Fondului de garantare conform Legii 213/2015.

9.10. Asigurătorul nu va acorda nici o garanție, nu va oferi nici un beneficiu, nu va fi obligat să plătească nici o sumă în temeiul prezentului contract, dacă astfel de beneficii sau o astfel de plată l-ar expune la o sancțiune, o interdicție sau o restricție prevăzută într-o rezoluție de către Organizația Națiunilor Unite, și / sau a sancțiunilor economice sau comerciale în temeiul legilor și reglementărilor adoptate de către Uniunea Europeană, Franța, Statele Unite ale Americii sau de orice lege națională care prevede astfel de măsuri.

9.11. Soluționarea petițiilor:

În situația în care Asiguratul / Beneficiarul menționat în polița de asigurare este nemulțumit cu privire la modul de încheiere, executare sau încetare a contractului de asigurare, acesta poate formula o petiție în vederea soluționării amiabile a situației.

Avizarea și înregistrarea reclamațiilor se realizează:

- în scris, prin depunerea reclamației la sediul central sau în agențiile teritoriale ale Asigurătorului;
- prin intermediul serviciilor poștale sau prin curier ;
- prin fax sau telefonic, apelând Centrul de Relații Clienți Alo Groupama la numărul 0374 110 110 ;

- prin sistemul online de primire a petițiilor, la adresa de e-mail sesizări.clienti@groupama.ro; Groupama Asigurări va răspunde cu privire la toate aspectele menționate în petiție în termen de cel mult 30 zile de la data înregistrării acesteia, printr-o adresă scrisă, comunicată pe adresa petentului. Totodată, Asiguratul / Beneficiarul are dreptul de a se adresa Autorității de Supraveghere Financiară. Formularea unei petiții de către Asigurat / Beneficiar nu aduce atingere dreptului acestuia de a sesiza instanțele de judecată competente.

9.12. Soluționare alternativă a litigiilor:

În cazul apariției unor eventuale dispute între părțile contractului de asigurare, ce nu au putut fi soluționate pe cale amiabilă, ASIGURATUL / CONTRACTANTUL / BENEFICIARUL persoană fizică, în calitate de consumator, poate apela la soluționarea alternativă a litigiului în conformitate cu prevederile *Regulamentului A.S.F. nr. 4/2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN)* și ale *O.G. nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți*.

Pentru a accesa procedurile de soluționare alternativă a litigiilor, ASIGURATUL / CONTRACTANTUL / BENEFICIARUL trebuie să se adreseze către SAL-FIN, entitate de soluționare alternativă a litigiilor în domeniul financiar non-bancar ce funcționează în cadrul Autorității de Supraveghere Financiară. Solicitățile se adresează în scris, direct la sediul SAL-FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare.

Informații detaliate cu privire la modul și condițiile de soluționare alternativă a litigiilor pot fi obținute la adresa de internet www.salfin.ro.

Aceste demersuri nu îngrădesc dreptul ASIGURATULUI / CONTRACTANTULUI / BENEFICIARULUI de a formula reclamații la adresa ASIGURĂTORULUI și de a se adresa instanțelor de judecată competente.

9.13. Prelucrarea datelor cu caracter personal:

GROUPAMA ASIGURĂRI S.A. este operator de date cu caracter personal înscris sub nr. 10152 în Registrul de evidență a prelucrărilor de date cu caracter personal.

GROUPAMA ASIGURĂRI S.A. prelucrează datele cu caracter personal furnizate de Contractant / Asigurat în scopul executării contractului de asigurare, al îndeplinirii obligațiilor sale legale și al realizării intereselor sale legitime.

Conform Legii nr. 677/2001, Asiguratului îi sunt garantate drepturile de acces la date, de intervenție asupra datelor, de opoziție și de a nu fi supus unei decizii individuale. Oricare dintre aceste drepturi poate fi exercitat prin intermediul unei simple cereri scrise, datată și semnată, ce va fi trimisă pe adresa Asigurătorului. De asemenea, Asiguratului îi este recunoscut dreptul de a se adresa justiției.

9.14. Sunt clauze neuzuale și sunt acceptate expres de către Asigurat / Contractant prin semnarea Contractului de asigurare următoarele articole: 5, 7 și 9 din prezentele Condiții Generale de Asigurare.

ASIGURAREA

PENTRU CĂLĂTORII ÎN STRĂINĂTATE PENTRU DEȚINĂTORI AI CARDURILOR DE CREDIT BANCARE emise de CREDIT AGRICOLE BANK, tip MasterCard PLATINUM
= Condiții Speciale =

Tabelul riscurilor asigurate:

RISCURI ASIGURATE	Sume asigurate/an/deținător
--------------------------	------------------------------------

	de card de debit MasterCard PLATINUM - EURO
<p>1. Accident și îmbolnăvire –Servicii de asistență medicală 24h/24h reprezentând:</p> <p>a) diagnosticarea medicală; tratamentul medical ambulatoriu; medicamentele și materialele auxiliare prescrise de medic; materialele medicale ajutoare pentru fixarea unor părți ale corpului în baza recomandărilor medicale (în cazul fracturilor, rănilor etc.);</p> <p>b) tratamentul staționar într-o instituție medicală (numai spital) sub supravegherea directă a unui medic, folosindu-se numai metode medicale recunoscute și aprobate. Se va folosi cel mai apropiat spital unde există posibilitatea aplicării tratamentului adecvat. Cheltuielile cu spitalizarea se vor acoperi numai până când starea medicală a Asiguratului va permite repatrierea acestuia;</p> <p>c) transportul de urgență al Asiguratului;</p> <p>d) transportul Asiguratului în localitatea de domiciliu sau la cel mai apropiat spital din România/țara de cetățenie/țara de reședință unde poate primi tratamentul recomandat de medic (repatrierea medicală);</p> <p>e) tratamentul dentar de urgență în limita sumei asigurate (pentru îndepărtarea durerilor acute și cele datorate unor accidente), inclusiv o eventuală radiografie dentară;</p> <p>f) transportul corpului neînsuflețit la domiciliu, inclusiv costul sicriului;</p> <p>g) vizita unei rude în cazul spitalizării în străinătate a Asiguratului pe o perioadă mai mare de 10 zile;</p> <p>h) repatrierea minorilor în cazul spitalizării în străinătate a Asiguratului pe o perioadă mai mare de 10 zile;</p> <p>i) efectuarea convorbirilor telefonice urgente ale Asiguratului, în cazul spitalizării acestuia pe o perioadă de timp mai mare de 10 zile;</p>	<p>Max. 30 000 euro din care:</p> <p>a) în limita sumei asigurate</p> <p>b) în limita sumei asigurate</p> <p>c) în limita sumei asigurate</p> <p>d) în limita sumei asigurate</p> <p>e) Max. 200 euro</p> <p>f) max. 7.000 euro</p> <p>g) și h) bilet la clasa economic</p> <p>i) max. 100 euro</p>
<p>2. Întârzierea bagajelor înregistrate – contravaloarea efectelor personale necesare, cumpărate, dovedite cu documente originale de achiziție (facturi, chitanțe)</p> <p>Întârziere înregistrată peste 4 ore</p>	<p>Max. 500 euro</p> <p>4 ore</p>
<p>5. Întreruperea călătoriei</p>	<p>Max. 300 euro</p>
<p>Limita maximă per indemnizație/eveniment</p>	<p>50 000 euro</p>

Limita maximă per contract/an	100 000 euro
--------------------------------------	--------------

Asigurarea acoperă călătorii multiple de maxim 30 de zile consecutive în scop turistic sau business.

1. RISCURILE ASIGURATE

1.1. ASISTENȚĂ MEDICALĂ DE URGENȚĂ, reprezintă:

- diagnosticarea medicală, tratamentul medical ambulatoriu și controlul medical (recomandat de medic și avizat de compania de asistență medicală) efectuat imediat după acordarea asistenței medicale de urgență în scopul examinării stării de sănătate a asiguratului și în lipsa căruia sănătatea sau viața asiguratului sunt puse în pericol;
- medicamentele și materialele auxiliare prescrise de medic, materialele medicale ajutoare pentru fixarea unor părți ale corpului în baza recomandărilor medicale - orteze, corsete și aparate gipsate;
- tratamentul staționar într-un spital sub supravegherea directă a unui medic, folosindu-se exclusiv metode medicale recunoscute și aprobate. asiguratul are obligația de a se adresa celui mai apropiat spital unde există posibilitatea aplicării tratamentului adecvat. Cheltuielile cu spitalizarea se vor acoperi numai până când starea medicală a asiguratului va permite repatrierea acestuia;
- transportul de urgență al asiguratului efectuat de serviciile de ambulanță până la cel mai apropiat spital, cel mai apropiat medic sau transferul la un alt spital, dacă este recomandat de un medic;
- intervenția chirurgicală de urgență.

1.2. REPATRIERE

a) Repatrierea medicală – reprezintă transportul asiguratului în localitatea de domiciliu sau la cel mai apropiat spital din România, țara de cetățenie sau țara de reședință unde poate primi tratamentul recomandat de medic.

Repatrierea medicală a asiguratului aflat în imposibilitatea de a călători singur va fi organizată de compania de asistență medicală.

Momentul repatrierii și modalitatea de transport vor fi stabilite de medicul curant împreună cu echipa medicală a companiei de asistență medicală. Astfel, repatrierea asiguratului poate fi organizată după cum urmează:

- la un spital al cărui profil corespunde cu specificul cazului medical respectiv sau la un spital situat în apropierea domiciliului asiguratului, dacă se impune continuarea acordării asistenței medicale;
- la domiciliul acestuia.

În cazul în care asiguratul nu poate urma recomandarea medicală de repatriere sau repatrierea medicală nu este strict necesară, asiguratorul va plăti o indemnizație de maximum 500 de euro, pe baza documentelor justificative (chitanțe, facturi, bonuri fiscale) pentru transportul asiguratului la domiciliu. Acest tip de repatriere este valabil numai în cazul în care asiguratul a beneficiat de asistență medicală pentru evenimentul asigurat, acest eveniment reprezentând cauza repatrierii, conform condițiilor de asigurare.

b) Repatrierea funerară – reprezintă transportarea corpului neînsuflețit al asiguratului la domiciliul (în țara de reședință), incluzând costul sicriului și/sau cheltuieli de înmormântare sau incinerare la locul decesului.

1.3. TRATAMENT DENTAR

- tratamentul dentar de urgență (pentru îndepărtarea durerilor acute și a celor cauzate de accidente), inclusiv o eventuală radiografie dentară dacă aceasta este solicitată de medic.

1.4.CHELTUIELI SUPLIMENTARE, ÎN CAZUL SPITALIZĂRII ASIGURATULUI PE O PERIOADĂ MAI MARE DE 10 ZILE

a) Decontarea cheltuielilor de transport, la clasa economic, pentru una dintre rude, în cazul deplasării acesteia la asigurat;

b) Repatrierea copiilor asiguratului la domiciliul din România, țara de cetățenie sau de reședință. Cheltuielile de repatriere constau în decontarea cheltuielilor de transport, la clasa economic;

c) Decontarea valorii convorbirilor telefonice urgente efectuate de asigurat cu membrii familiei și cu medicul de familie pe durata spitalizării acestuia.

1.5. ÎNTÂRZIAREA BAGAJULUI, după trecerea graniței României/țării de reședință/cetățenie

Dacă, în timpul perioadei de valabilitate a asigurării, bagajele asigurate au o întârziere care depășește perioada deductibilă față de ora inițială programată pe bilet, asigurătorul va acorda despăgubirea pentru costurile de achiziție a bunurilor de primă necesitate (efecte vestimentare și de toaletă) de care asiguratul are nevoie ca urmare a indisponibilității temporare a efectelor personale din bagajul întârziat (maximum 1 bagaj). Toate cumpărăturile reprezentând efecte personale necesare trebuie dovedite cu documente originale de plată (facturi, chitanțe, bonuri fiscale). Pentru acordarea despăgubirii, întârzierea trebuie să fie mai mare de 4 ore și trebuie dovedită prin documente eliberate de societatea de transport.

1.6. Întreruperea călătoriei după trecerea graniței României/țării de reședință/cetățenie.

Asigurătorul va plăti asiguratului indemnizația de asigurare, în limita sumei asigurate dacă, pe parcursul călătoriei, după trecerea graniței României, țării de reședință sau de cetățenie, acesta este nevoit să întrerupă călătoria și să se reîntoarcă în țară ca urmare a:

- decesului, accidentării sau îmbolnăvirii grave a unei rude aflate în România, țara de cetățenie sau de reședință;
- nașterii premature a soției aflate în România, țara de cetățenie sau de reședință, cu mai mult de 60 de zile calendaristice înainte de termenul apreciat de medic;
- daunelor materiale grave (incendiu, vandalism, inundații, cutremur, trăsnet, explozii, alunecări de teren, furtuni, căderi de copaci, accident aviatic, furt prin efracție – dovedite prin documente emise de autoritățile competente, din care să reiasă producerea evenimentului), produse locuinței proprietate personală, domiciliului sau sediului principal al firmei la care este acționar sau administrator persoana asigurată, iar în urma acestor evenimente prezența persoanei asigurate este indispensabilă.

1.6.1. Cuantumul indemnizației de asigurare va fi determinat de volumul cheltuielilor pe care asiguratul va fi nevoit să le suporte suplimentar (telefon, fax, hrană, taxa de schimbare a biletului de avion pentru întoarcere), dovedite cu documente (chitanțe, facturi), peste cheltuielile ocazionate de întoarcerea în România la data de expirare a asigurării, înscrisă în polița de asigurare, în limita sumei asigurate.

2. CRITERII DE ELIGIBILITATE

2.1. Indemnizația de asigurare/acoperirea costurilor privind riscurile asigurate se efectuează în condițiile îndeplinirii criteriilor de eligibilitate.

2.2. Pentru ca un Asigurat să beneficieze de asistență și indemnizație de asigurare, aceasta trebuie să îndeplinească la data producerii evenimentului asigurat, cumulativ, următoarele condiții:

- a)** respectiva persoană să fie deținător de card bancar de debit MasterCard Platinum, activ, emis de CREDIT AGRICOLE BANK ROMÂNIA SA;
- b)** și-a exprimat acordul de a fi asigurat printr-una din modățile prevăzute în prezentul contract;
- c)** să aibă vârsta cuprinsă între minim 18 ani la începutul perioadei de asigurare și maxim 65 de ani la sfârșitul perioadei de asigurare;
- d)** la data producerii riscului asigurat, să fie achitată prima de asigurare de către Contractant către GROUPAMA ASIGURĂRI S.A. conform prevederilor contractuale;
- e)** să se deplaseze în străinătate în scop turistic sau business în călătorii multiple cu o durată de maxim 30 de zile consecutive/ călătorie.

3. TERITORIALITATE

Asigurarea este valabilă în întreaga lume cu excepția României, țării de cetățenie sau țării de reședință a persoanei asigurate.

4. EXCLUDERI SPECIALE

4.1 Asigurătorul nu va plăti indemnizația de asigurare pentru cheltuieli determinate de:

În cazul ASIGURĂRII MEDICALE

a) orice condiție pre-existentă, cu excepția situațiilor în care asiguratul beneficiază de un prim serviciu care:

- constă în măsuri de urgență medicală, destinate salvării vieții asiguratului sau calmării durerilor acute, în limita sumei de 500 euro,
- este organizat exclusiv de compania de asistență. În cazul în care asiguratul se află în imposibilitatea apelării companiei de asistență, iar riscul asigurat se produce din cauza unei condiții pre-existente, se va plăti o indemnizație de maximum 500 euro, pe baza documentelor justificative prezentate asigurătorului la întoarcerea în țară.

Pentru asigurații cu vârsta mai mare de 75 ani excepția de mai sus nu se aplică, fiind excluse orice servicii medicale utilizate ca urmare a unor condiții pre-existente.

b) consultația, investigația medicală, tratamentul determinat de boli sau accidente care sunt în legătură directă sau indirectă, total sau parțial cu:

- evenimente de război de orice fel (declarat sau nu), revolte, rebeliuni, revoluții, acte de terorism, evenimente militare, tulburări civile;
- acte de violență petrecute cu prilejul unei adunări publice, demonstrații sau orice acțiuni întreprinse pentru a preveni, controla sau suprima unul dintre evenimentele enumerate mai sus;

c) îmbolnăvirea sau accidentarea produsă în urma participării asiguratului la:

- orice tip de sport de sezon, cu excepția cazului în care contractantul a optat pentru asigurarea suplimentară "Sporturi de sezon"
- sporturi sau activități considerate periculoase cum ar fi: alpinismul, parașutismul, planorismul, zborul cu parapanta, acrobația, cascadoria, deltaplanorism, bungee-jumping, scufundări libere la adâncime mai mare de 30 m sau sub strat de gheață, vânătoare, speologie, bobsleigh, sanie, off-road. Enumerarea de mai sus nu este limitativă și nici exhaustivă;

d) asistența medicală acordată în cazul comiterii cu intenție sau încercării de a comite, de către asigurat a unor acțiuni violente sau pedepsite de legea penală în țara în care a avut loc evenimentul;

e) asistența medicală acordată în cazul îmbolnăvirilor și/sau accidentelor ca urmare a consumului de alcool, droguri, medicamente nerecomandate de medic;

f) sinucidere, asistență medicală în cazul tentativei de sinucidere, vătămărilor sau îmbolnăvirilor produse prin acțiunea proprie;

g) îndepărtarea defectelor fizice (tratamente cosmetice, operații estetice etc.) și a anomaliilor congenitale;

h) consultația, investigația medicală, tratamentul pentru orice afecțiune psihiatrică, psihoterapeutică sau neurologică;

i) recuperare, convalescență și fizioterapie;

j) asistența medicală pentru graviditate, naștere, avortul (inclusiv avort terapeutic), examinarea și tratamentul împotriva sterilității, precum și fecundarea artificială. Se vor plăti numai cheltuielile medicale de urgență în scopul salvării vieții mamei și/sau copilului, în limita maximă de 500 euro numai dacă primul serviciu este organizat exclusiv de compania de asistență medicală;

- k) tratarea bolilor cu transmitere sexuală, a infecției cu HIV, SIDA și consecințele acestora;
 - l) asistența medicală acordată de rudele asiguratului;
 - m) asistența medicală acordată de homeopați, medici naturaliști, proceduri medicale de investigare sau de tratament cu caracter experimental, specifice cercetării medicale, precum și consecințele acestora;
 - n) transplantul de organe;
 - o) achiziționarea, repararea de: ochelari, lentile de contact, proteze auditive, proteze dentare, proteze ale membrelor, scaune/cărucioare invalizi;
 - p) vaccinări și complicațiile acestora;
 - q) controalele medicale de rutină;
 - r) asistența medicală acordată asiguratului în cazul infestării radioactive ca urmare a radiațiilor provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice, accident nuclear sau explozie atomică;
 - s) asistența medicală datorată unei epidemii sau pandemii recunoscută oficial în țară/țările în care călătorește asiguratul;
 - t) călătoriile în scopul obținerii unor tratamente, îngrijiri, intervenții chirurgicale considerate cereri abuzive;
 - u) boli sau accidente rezultate în urma desfășurării unor activități ce nu corespund cu scopul declarat al călătoriei;
 - v) refuzul asiguratului de a urma recomandarea medicului de repatriere medicală;
 - w) zborul în calitate de pasager, pilot sau membru al echipajului unui aparat de zbor, altul decât cel aparținând unei societăți autorizate de transporturi aeriene de persoane;
 - x) vizita într-o țară în care există o situație de forță majoră;
 - y) orice eveniment asigurat produs pe teritoriul României, țării de cetățenie sau de reședință, excepție făcând cele pentru care este acoperit și le-a achiziționat prin asigurări suplimentare;
- 4.2.** Asigurătorul nu va plăti indemnizația de asigurare în cazul refuzului asiguratului de a respecta instrucțiunile echipei medicale, acest lucru ducând la pierderea dreptului la serviciile garantate prin polița de asigurare și implicit pierderea drepturilor sale în calitate de asigurat.
- 4.3.** Asigurătorul nu va plăti indemnizația de asigurare în cazul în care asiguratul a necesitat asistență medicală ca urmare a:
- a) desfășurării unor activități cu caracter militar în străinătate;
 - b) oricărui activități sportive neacoperite prin prezenta asigurare cu excepția cazurilor în care acest lucru a fost specificat expres în polița de asigurare și cu condiția plății unei prime suplimentare.
- 4.4.** Asigurătorul nu va plăti indemnizația de asigurare în cazul în care asiguratul a avut un accident rezultat din practicarea oricărui sport cu titlu de profesionist sau în cadrul unor competiții, manifestări sau antrenamente, exceptând cazul în care contractantul a optat pentru scopul "sport profesionist, competiții/antrenamente".
- 4.5.** Asigurătorul nu va plăti asiguratului indemnizația de asigurare pentru **bagajele întârziate** în următoarele situații:
- a) bagajele au fost confiscate de autoritatea vamală sau orice autoritate guvernamentală;
 - b) cumpărăturile au fost făcute după sosirea la destinația finală în România, țara de cetățenie sau țara de reședință menționată pe biletul companiei aeriene;
 - c) bagajele și/sau efectele personale au fost expediate cu scrisoare de transport aerian sau scrisoare de trăsură;
 - d) grevă sau conflict de muncă;
 - e) situațiile de forță majoră;
 - f) bagajele pentru care se solicită despăgubirea nu au fost înregistrate și predate la cala avionului la plecarea în călătorie;
 - g) bagaje care nu sunt transportate în aceeași călătorie cu asiguratul;

h) întârzierea bagajelor are loc pe teritoriul României, țării de cetățenie sau de reședință.

5. PROCEDURA DE DESPĂGUBIRE

5.1. În caz de producere a riscurilor, asiguratul sau împuternicitul acestuia are obligația:

- să contacteze asiguratorul la numărul de telefon înscris pe certificatul de asigurare, în maximum 48 de ore de la producerea riscului asigurat; asiguratorul îl va direcționa automat către compania de asistență, în funcție de natura riscului asigurat produs;
- să furnizeze datele din polița de asigurare precum și informații referitoare la evenimentul produs;
- să urmeze indicațiile companiei de asistență medicală/rutieră;
- să prezinte personalului medical polița de asigurare.

5.2. Dacă asiguratul nu respectă obligațiile de mai sus sau indicațiile companiei de asistență, asiguratorul poate să refuze plata indemnizației de asigurare dacă din acest motiv nu a putut stabili cauza producerii evenimentului asigurat și întinderea pagubei.

5.3. Asiguratorul poate achita contravaloarea cheltuielilor medicale, în locul asiguratului, prin intermediul companiei de asistență. În caz contrar, asiguratul va achita direct contravaloarea serviciilor medicale și, apoi, va solicita indemnizația de asigurare corespunzătoare de la asigurator.

5.4. Asiguratorul nu răspunde de întârzierile în executarea serviciilor convenite în caz de greve, explozii, revolte, mișcări populare, restricții de liberă circulație, sabotaje, acte teroriste, război civil sau război, consecințe ale surselor de radioactivitate sau de orice alt caz de forță majoră.

5.5. În cazul în care nu este urmată procedura de la punctul **6.1.** și există o justificare pentru nerespectarea ei, asiguratorul va plăti indemnizația de asigurare după ce asiguratul/beneficiarul:

- va proba legitimitatea de a obține indemnizația de asigurare;
- va preda asiguratorului toată documentația cerută de acesta, în original, în termen de maximum 30 zile calendaristice de la data producerii evenimentului asigurat. Documentele emise într-o limbă străină vor fi însoțite de traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de asigurat.

ASIGURAREA MEDICALĂ

5.6. În vederea decontării cheltuielilor, notele de plată și chitanțele vor fi însoțite de rapoarte medicale complete ale tratamentului medical. Acestea trebuie să cuprindă:

- numele persoanei tratate;
- cauza și diagnosticul stabilit;
- detalii asupra tratamentului medical administrat sau a serviciului medical prestat și data efectuării acestora.

5.7. Rețetele medicale prescrise trebuie să fie însoțite de documentele doveditoare ale plății medicamentelor achiziționate.

5.8. În cazul spitalizării se va prezenta și fișa de externare alături de notele de plată pentru tratamentul administrat.

5.9. Dacă riscul asigurat s-a produs ca urmare a unui accident se va prezenta și actul doveditor al producerii accidentului eliberat de autoritățile competente (dacă este cazul).

5.10. În cazul tratamentului dentar, notele de plată sau chitanțele trebuie să conțină informații privind dinții tratați, tratamentul aplicat și cauza care a determinat necesitatea intervenției.

5.11. În cazul transportului (care nu a fost organizat de compania de asistență) asiguratului la domiciliu, cheltuielile se vor justifica pe baza chitanțelor (biletelor), facturilor, bonurilor fiscale, precum și a indicației scrise a medicului cu precizarea diagnosticului și a necesității, din punct de vedere medical, a efectuării transportului.

5.12. În cazul transportului corpului neînsuflețit al asiguratului, cheltuielile se vor justifica pe baza chitanțelor și a certificatului de deces cu indicarea de către medic a cauzelor decesului.

5.13. În acest caz, solicitarea indemnizației de asigurare trebuie transmisă asigurătorului cel mai târziu după 30 de zile calendaristice de la producerea riscului asigurat/întoarcerea în țară.

5.14. În vederea obținerii indemnizației de asigurare pentru întârzierea bagajelor, asiguratul va depune la sediul asigurătorului următoarele documente justificative:

- a) formular de avizare daună;
- b) formularul completat de asigurat la biroul de reclamații al companiei aeriene pentru bagajele întârziate;
- c) tichetul de predare a bagajelor implicate în evenimentul asigurat;
- d) în cazul întârzierii bagajelor se vor depune toate documentele justificative ale cheltuielilor efectuate (facturi, bonuri fiscale etc.);
- f) orice alte documente necesare pentru soluționarea dosarului de daună.

5.15 În vederea obținerii indemnizației de asigurare pentru întreruperea călătoriei, asiguratul va depune la sediul asigurătorului următoarele documente justificative:

- a) Formular de avizare daună;
- b) Biletul de avion cumpărat suplimentar;
- c) Toate documentele justificative, inclusiv cele pentru cheltuielile efectuate de asigurat (facturi, bonuri fiscale etc.)

6. OBLIGAȚIILE SPECIALE ALE ASIGURATULUI

6.1. Cererea de plată a indemnizației de asigurare privind rambursarea cheltuielilor efectuate în străinătate trebuie transmisă Asigurătorului cel mai târziu după 30 de zile de la terminarea tratamentului sau de la revenirea în țară a Asiguratului.

6.2. Asiguratul sau moștenitorii legali sunt obligați să furnizeze Asigurătorului toate datele și documentele necesare stabilirii cuantumului indemnizației de asigurare.

6.3. Prin Contractul de asigurare Asiguratul împuternicește Asigurătorul să obțină de la medicii curanți datele privind istoricul medical, starea de sănătate și tratamentul aplicat, dezlegându-i de secretul profesional.

6.4. Asiguratul, rudele sale, reprezentanții legali, trebuie să consimtă la examinarea medicală a Asiguratului de către medicii agreeți de Asigurător.

6.5. Persoanele Asigurate trebuie să ia toate măsurile de prevedere rezonabile, ale unei persoane responsabile și prudente, pentru a preîntâmpina producerea de Accidente și pentru a evita îmbolnăvirile și se vor conforma tuturor exigențelor legale și prevederilor contractuale, ca o condiție precedentă răspunderii Asigurătorului.

6.6. Asiguratul trebuie să se informeze despre vaccinurile obligatorii pentru zona în care urmează să călătorească, precum și cele recomandate ca necesare de autoritățile locale și să le efectueze.

6.7. În baza prezentelor condiții speciale, asiguratul are următoarele obligații în ceea ce privește bagajele de călătorie:

- să se prezinte personal, imediat la biroul *bagaje întârziate sau pierdute* din aeroport, în cazul în care după debarcare nu își găsește bagajul în zona destinată recuperării bagajelor;
- să completeze formularele solicitate de compania aeriană (date personale, traseul, date despre bagaje) în vederea recuperării bagajelor întârziate sau pierdute;

6.8. În cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 6.1-6.7 GROUPAMA ASIGURĂRI S.A. poate să refuze plata indemnizației de asigurare.

7. Sunt clauze neuzuale și sunt acceptate expres de către Asigurat / Contractant prin semnarea Contractului de asigurare următoarele articole: 1, 4 și 6 din prezentele Condiții Speciale de Asigurare.