

CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE

PRIVIND ASIGURAREA DE GRUP PENTRU

CĂLĂTORII ÎN STRĂINĂTATE A DEȚINĂTORILOR (PERSOANE FIZICE) DE CARDURI DE CREDIT BANCARE GOLD ȘI PLATINUM EMISE DE GARANTI BANK PENTRU CLIENȚII SĂI PERSOANE FIZICE

În cuprinsul prezentelor condiții se adoptă următoarele definiții:

- Asigurător:** GROUPAMA ASIGURĂRI S.A., societate de asigurare-reasigurare;
- 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 activ emis de **GARANTI BANK**;
- Accident:** Eveniment datorat unei cauze neprevăzute, externe, violente, fortuite și absolut independente de voința Asiguratului și care-i produce acestuia vătămări corporale;
- 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;
- Compania de asistență:** EUROP ASSISTANCE, persoană juridică împuternicită de Asigurător pentru a acorda asistență Asiguratului, care acționează în numele Asiguratului 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 **GARANTI BANK**;
- Contract de asigurare:** Actul juridic bilateral prin care Contractantul se obligă să plătească o primă Asiguratului, 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 credit GOLD / PLATINUM, 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 Asiguratului/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 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;

- 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 Contractului de asigurare în condițiile achitării primei de asigurare pentru fiecare deținător de card;
- Eveniment asigurat:** Producerea riscului asigurat, care are drept consecințe apariția unor daune;
- Franșiză/Perioadă deductibilă:** Suma stabilită/durata de timp pentru care GROUPAMA ASIGURĂRI S.A. nu-și va asuma obligația de plată, dacă despăgubirea se situează sub această sumă fixă/durată de timp;
- Indemnizație de asigurare (despăgubire):** Suma datorată de Asigurator în cazul producerii evenimentului asigurat, Asiguratului/Beneficiarului;
- Limita maximă de despăgubire/contract:** Suma maximă plătită de GROUPAMA ASIGURĂRI S.A., în legătură cu producerea unui accident, indiferent de numărul de persoane asigurate implicate în acesta. În cazul producerii unui accident care duce la depășirea limitei maxime de acumulare, respectiv valoarea totală a primelor de asigurare încasate de Asigurator / pe contract, aceasta va fi distribuită tuturor persoanelor asigurate, în mod egal, ținându-se cont de sumele maxime asigurate pentru secțiunea respectivă;
- Medic:** Persoană posedând o diplomă de specialitate eliberată de autoritățile în domeniu, care profesează în baza unei autorizații valabile de liberă practică;
- Persoană eligibilă:** Orice persoană fizică, deținător de card bancar activ, emis de GARANTI BANK, la cererea persoanei fizice, client al GARANTI BANK;
- Primă de asigurare:** Sumă de bani datorată de către Contractant în schimbul preluării riscului de către Asigurator (prețul asigurării);
- Risc asigurat:** Eveniment viitor, neprevăzut, posibil dar incert, pentru ale cărui urmări/consecințe se încheie Contractul de asigurare;
- Spital:** Unitate sanitară, publică sau privată, care dispune de personal medical și auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate, de 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;
- Sport de agrement:** Activitate fizică sportivă practică ocazional în scop recreativ, ca amator în condiții de normalitate și siguranță, având un grad mediu de risc de producere a unui accident (ex.: ski, ski nautic, înot, snowboard, patinaj (inclusiv role), surfing, călărie, carting, fotbal, tenis, baschet, handbal, volei, tir agrement, scufundări sub 30 metri, ciclism, golf, biliard, bowling, paintball etc.). Enumerarea de mai sus nu este limitativă și nici exhaustivă; pentru alte sporturi de agrement se procedează prin asimilare.

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.

1.2. Asiguratul rămâne propriul lui Asigurător pentru o franșiză stabilită conform Contractului de asigurare, pentru care GROUPAMA ASIGURĂRI S.A. nu își va asuma obligația de plată.

2. ÎNCHEIEREA ASIGURĂRII

2.1. Contractul de asigurare are o valabilitate de 12 luni, și intră în vigoare la data de 01.02.2015, inclusiv.

2.2. Acoperirea prin asigurare începe astfel:

- pentru deținătorii cardurilor bancare în vigoare la data intrării în vigoare a Contractului de Asigurare de Grup E 183/12.01.2015, cu condiția achitării anticipate de către Contractant a primei de asigurare trimestrială aferentă tipului de card, potrivit dispozițiilor art. 5.3. din Contractul de asigurare;

- pentru persoanele fizice pentru care Contractantul va emite cardurile bancare pe perioada de derulare a Contractului de asigurare de grup E 183/12.01.2015, de la ora 00:00 a zilei următoare 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. Cuantumul 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 preveni 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 din orice motiv.

7.3. Prin denunțare: asigurarea persoanei poate fi denunțată în scris de către oricare din cele două Părți - Contractant 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 GARANTI BANK 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.

Termen de denunțare - începe să curgă de la data când Partea destinatară a luat la cunoștință sau ar fi putut lua la cunoștință de intenția 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 celorlalte 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. Fără a aduce atingere celor de mai sus, în cazul în care plata primei de asigurare este stabilită în rate subanuale, Asigurătorul poate denunța Contractul de asigurare exclusiv cu începere de la data scadentă a următoarei rate de primă, Asiguratul / Contractantul urmând să fie înștiințat cu cel puțin 20 de zile în prealabil.

7.4. Prin reziliere: Oricare din părțile contractante poate notifica celelalte 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.

8. PROCEDURA DE ASISTENȚĂ

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

- să anunțe telefonic Compania de asistență colaboratoare cu GROUPAMA ASIGURĂRI S.A., respectiv EUROP ASSISTANCE, 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 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.

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 în vigoare.

9.2. Părțile au agreeat de comun acord că prezentul Contract de asigurare de grup se încheie de către bancă, în calitate de Contractant, exclusiv în numele și în contul persoanelor asigurate, deținători de carduri de credit bancare GOLD și PLATINUM 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 Asigurator 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 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. Fără a aduce atingere celor de mai sus, în cazul în care plata primei de asigurare este stabilită în rate subanuale, Asiguratorul poate denunța Contractul de asigurare exclusiv cu începere de la data scadentă a următoarei rate de primă, Asiguratul / Contractantul urmând să fie înștiințat cu cel puțin 20 de zile în prealabil.

9.7. Orice litigiu 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. Forța majoră este constatată de o autoritate competentă.

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 insolvenței Asiguratorului, Asiguratul/Beneficiarul asigurării se poate adresa Fondului de garantare conform Legii nr. 213/215 privind Fondul de garantare a asiguraților.

9.10. Asiguratorul 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 Asiguratorului;
- 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 adresele de e-mail office@groupama.ro sau relatii.clienți@groupama.ro sau sesizări@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 / 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 / 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 <http://www.salfin.ro>.

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

9.13. Prelucrarea datelor cu caracter personal:

Prelucrarea datelor se face în conformitate cu Regulamentul UE 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și cu Legea nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal și protecția vieții private în sectorul comunicațiilor electronice, cu respectarea tuturor drepturilor conferite de legislația aplicabilă (dreptul la informare, dreptul de acces, dreptul la rectificarea datelor, dreptul la ștergerea datelor (dreptul de a fi uitat), dreptul la restrângerea prelucrării, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul la opoziție, dreptul de a nu fi supus unei decizii automate, inclusiv profilare).

Cea mai recentă versiune a Notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal a Groupama Asigurari SA poate fi consultată oricând pe site-ul companiei, accesând: <https://www.groupama.ro/politica-de-confidentialitate>.

În situația în care Asiguratul consideră că drepturile sale nu au fost respectate, poate sesiza acest fapt la adresa de email: dpo@groupama.ro sau Autorității Naționale de Supraveghere și Prelucrare a Datelor cu Caracter Personal.

**ASIGURAREA PENTRU CĂLĂTORII ÎN STRĂINĂTATE
PENTRU DEȚINĂTORII AI CARDURILOR DE CREDIT BANCARE
emise de GARANTI BANK, tip GOLD și PLATINUM
= Condiții Speciale =**

Tabelul riscurilor asigurate:

RISCURI ASIGURATE	Sume asigurate/an/deținător de card de credit GOLD PLATINUM -EURO
1. Servicii de asistență medicală 24h/24h – Accident și îmbolnăvire a) cheltuieli medicale (tratamente ambulatorii, medicamente, diagnosticare radiografică, spitalizare, intervenții chirurgicale de urgență); b) transport medical de urgență; c) repatriere medicală;	Max. 10 000 euro c) Max. 2 000 euro

d) tratament dentar de urgență. Franșiză	d) Max. 200 euro 100 euro
2. Întârzierea bagajelor înregistrate – contravaloarea efectelor personale necesare, cumpărate, dovedite cu documente originale de achiziție (facturi, chitanțe) Întârziere înregistrată peste 4 ore	Max. 250 euro
3. Întârzierea cursei aeriene – contravaloarea cheltuielilor pentru cumpărături esențiale (alimente, îmbrăcăminte, cazare etc.) Întârziere înregistrată peste 4 ore	Max. 250 euro
Limita maximă per indemnizație/eveniment	50 000 euro
Limita maximă per contract/an	100 000 euro

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

1. RISCURILE ASIGURATE

1.1. În urma unui accident sau a îmbolnăvirii subite a Asiguratului, survenite în cadrul duratei de asigurare, pe timpul călătoriei în străinătate, Asigurătorul se obligă să plătească Asiguratului indemnizația de asigurare convenită conform condițiilor contractuale pentru:

1.1.1. - tratamentul medical ambulatoriu;

1.1.2. - medicamentele și materialele sanitare prescrise de medic;

1.1.3. - diagnosticarea medicală;

1.1.4. - materialele medicale ajutătoare pentru fixarea unor părți ale corpului în baza recomandărilor medicale (în orteze, corsete gips, etc.);

1.1.5. - transportul de urgență al Asiguratului efectuat de serviciile de ambulanță până la cel mai apropiat spital sau cel mai apropiat medic;

1.1.6. - transportul în România al Asiguratului în localitatea de domiciliu sau la cel mai apropiat spital unde poate primi tratamentul recomandat de medic (repatrierea medicală);

1.1.7. - 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 sau intervențiile chirurgicale de urgență se vor acoperi numai până când starea medicală a Asiguratului va permite repatrierea sau externarea acestuia.

1.1.8. - tratamentul dentar de urgență în limita sumei de 200 Eur (pentru îndepărtarea durerilor acute și datorate unor accidente), inclusiv o eventuală radiografie dentară.

1.2. GROUPAMA ASIGURĂRI S.A. va acoperi și cheltuielile pentru:

- achiziționarea unor bunuri de primă necesitate ca urmare a întârzierii bagajelor înregistrate de către societatea de transport aerian și predate la cală în momentul îmbarcării, pentru mai mult decât perioada deductibilă prevăzută, în limita sumei asigurate, în condițiile achitării cursei aeriene cu cardul bancar. Întârzierea trebuie să fie dovedită prin documente eliberate de societatea de transport (facturi, chitanțe).

Asigurătorul îi va rambursa Asiguratului costurile de achiziție a bunurilor de primă necesitate (efecte vestimentare și de toaletă, medicamente etc.) care îi permit Asiguratului să facă față indisponibilității temporare a bunurilor din bagajul întârziat, în condițiile achitării biletului de avion cu cardul bancar.

1.3. GROUPAMA ASIGURĂRI S.A. va acoperi și cheltuielile legate de:

– cumpărăturile efectuate în cazul întârzierii cursei aeriene, în limita sumei asigurate, cu respectarea perioadei deductibile stabilite, în condițiile achiziționării biletului de avion cu cardul bancar.

Dacă în timpul perioadei de valabilitate a Asigurării, cursa aeriană cu care Persoana Asigurată trebuia să călătorească suferă o întârziere care depășește perioada deductibilă/de întârziere față de ora inițială programată pe bilet, Asigurătorul va rambursa Asiguratului până la valoarea maximă a Sumei Asigurate, contravaloarea cheltuielilor pentru cumpărături esențiale pentru masă, răcoritoare, îmbrăcămintea în cazul în care întârzierea este mai mare de 12 ore, transferul de la și înapoi spre aeroport/gară/port, prima noapte de cazare la hotel, plus costuri telefonice efectuate în această perioadă, cauzate de:

- a) întârziererea zborului rezervat și confirmat;
- b) refuzul de a permite îmbarcarea din cauza numărului prea mare de rezervări făcute la zborul rezervat și confirmat;
- c) sosirea cu întârziere a cursei de legătură, cu mai mult de o oră, având ca rezultat pierderea avionului cu care să continue călătoria;

Toate cumpărăturile reprezentând efecte personale necesare trebuie dovedite cu documente originale de plată (facturi, chitanțe).

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 o persoană să fie considerată eligibilă trebuie îndeplinite următoarele condiții:

- a) respectiva persoană să fie deținător de card de credit bancar activ, emis de GARANTI BANK;
- b) să fi efectuat cheltuielile de călătorie cu cardul bancar;

Cheltuielile de călătorie includ:

- prețul biletului de avion, folosit pentru a trece frontiera la plecare și/sau prețul biletului pentru mijlocul de transport în comun folosit pe durata călătoriei;
- costul combustibilului, în cazul în care se călătorește cu autoturismul;
- cheltuielile de cazare/rezervări.

- 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) 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 cu o durată de maxim 30 de zile consecutive.

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. GROUPAMA ASIGURĂRI S.A. nu acordă indemnizația de asigurare pentru cheltuieli ocazionate de:

- a) orice condiție pre-existentă înainte de data de intrare în vigoare a asigurării; se acoperă un prim serviciu organizat exclusiv de Compania de asistență medicală (organizarea vizitei medicului la domiciliul clientului, transportul sanitar al clientului la instituția medicală) pentru măsuri de urgență, neprevăzute, pentru salvarea vieții Asiguratului sau pentru calmarea durerilor acute în limita sumei de 500 euro;
- b) consultația, investigația medicală, tratamentul determinat de boli sau accidente care sunt în legătură directă sau indirectă, totală sau parțială 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/accidentarea produsă ca urmare a participării Asiguratului la orice tip de curse, sporturi de agrement/profesionale, sau activități considerate periculoase cum ar fi: alpinismul, parașutismul, planorismul, acrobația, cascadoria. Enumerarea de mai sus nu este limitativă și nici exhaustivă;
- d) asistența medicală acordată în cazul comiterii sau încercării de a comite, cu intenție, 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, vătămarilor sau îmbolnăvirilor produse prin acțiunea proprie a Asiguratului;

- g) îndepărtarea defectelor fizice (tratamente cosmetice, operații estetice etc.) și a anomaliilor congenitale;
- h) orice boală psihică sau psiho-somatică;
- i) recuperare, convalescență și fizioterapie;
- j) asistența medicală pentru graviditate, nașterea prematură, avortul (inclusiv avort terapeutic), întreruperea voluntară a sarcinii, 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, dacă gravida nu a depășit 38 de ani și/sau 16-a săptămână de sarcină. După aceste termene, se vor acoperi numai cheltuieli medicale de urgență în scopul salvării mamei și/sau copilului în limita maximă de 500 euro numai 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 de: ochelari, lentile de contact, proteze auditive, proteze dentare, proteze ale membrilor, 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 țara/țările în care călătorește Asiguratul;
- t) călătoriile în scopul obținerii unor tratamente, îngrijiri, intervenții chirurgicale, 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) evenimentele produse în urma practicării sportului profesionist;
- y) vizita într-o țară în care există o situație de forță majoră.

Asiguratorul nu va acorda 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.

4.2. Asiguratorul 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) unor activități la și sub nivelul apei.

Asiguratorul 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 sau practicarea unui sport de agrement.

4.3. GROUPAMA ASIGURĂRI S.A. nu va despăgubi Persoana Asigurată pentru bagajele întârziate din următoarele cauze:

- a) zboruri charter, dacă aceste zboruri nu sunt înregistrate în sistemul internațional de date;
- b) confiscarea bagajelor de către autoritatea vamală sau orice autoritate guvernamentală;
- c) cumpărăturile făcute după sosirea la destinația finală menționată pe biletul companiei aeriene;
- d) bagajele și/sau efectele personale care au fost expediate cu scrisoare de transport aerian sau scrisoare de trăsură;
- e) nu se va accepta nicio cerere de despăgubire dacă întârzierea se datorează unei greve sau conflict de muncă existent sau anunțat înaintea începerii călătoriei;
- f) nu se va accepta nici o cerere de despăgubire dacă întârzierea se datorează retragerii mijlocului de transport în comun din serviciu de către autoritatea de aviație civilă și acest lucru a fost anunțat înaintea începerii călătoriei;

4.4. GROUPAMA ASIGURĂRI S.A. nu va avea nicio obligație cu privire la o cerere de despăgubire cu privire la întârzierea cursei aeriene:

- a) generată de sau ca urmare a unor curse charter, dacă aceste zboruri nu sunt înregistrate în sistemul internațional de date;
- b) dacă s-a pus la dispoziție un mijloc de transport alternativ similar în decurs de 4 ore de la ora de plecare programată sau în decurs de 4 ore de la ora de sosire a unui avion de legătură;

- c) dacă Persoana Asigurată nu se prezintă la controlul pentru acces în avion (check-in) conform itinerariului furnizat, exceptând dacă acest lucru se datorează unei greve;
- d) dacă întârzierea se datorează unei greve sau conflict de muncă existent sau anunțat înaintea începerii călătoriei;
- e) dacă întârzierea se datorează retragerii aparatului de zbor din serviciu de către autoritatea de aviație civilă și acest lucru a fost anunțat înaintea începerii călătoriei;
- f) dacă întârzierea mijlocului de transport este de mai puțin de 4 ore;
- g) imposibilitatea îndeplinirii obligațiilor contractuale în timp ale transportatorului aerian/agentul acestuia din cauza cazurilor de forță majoră.

5. PROCEDURA DE DESPĂGUBIRE

5.1. În cazul în care nu este urmată procedura de la **Capitolul 8 - "Procedura de asistență"**, din Condițiile Generale de Asigurare și există o justificare pentru nerespectarea ei, GROUPAMA ASIGURĂRI S.A. va despăgubi numai după ce Asiguratul/Beneficiarul:

- va proba legitimitatea de a obține indemnizația de asigurare;
- va declara dacă, și ce asigurări a încheiat pentru același risc și ce despăgubiri aferente a încasat deja;
- va preda Asiguratorului toată documentația, în original, cerută de acesta;

Documentele emise într-o limbă străină vor fi însoțite de traducere, costul traducerii fiind suportat de către Asigurat.

Toate certificatele, informațiile și probele solicitate de Asigurator vor fi furnizate acestuia pe cheltuiala Deținătorului Poliței și/sau Persoanei Asigurate în forma și de natura solicitată de către Asigurator. La cererea Asiguratorului și pe cheltuiala acestuia, Persoana Asigurată se va supune unei examinări medicale în legătură cu orice pretenție de despăgubire.

5.1.1. Notele de plată/chitanțele pentru tratamentul medical trebuie să cuprindă:

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

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

5.1.3. În cazul spitalizării se va prezenta și fișa de externare alături de notele de plată pentru tratamentul administrat; În cazul despăgubirii costurilor adiacente spitalizării, se vor prezenta documente doveditoare a contractării acestor servicii.

5.1.4. Dacă riscul asigurat a fost cauzat de un accident se va prezenta și procesul-verbal încheiat de organele competente, dacă un astfel de document a fost întocmit.

5.1.5. În cazul transportului Asiguratului inclusiv la domiciliul stabil, cheltuielile se vor justifica pe baza chitanțelor (biletelor) precum și a declarației medicului cu precizarea diagnosticului și a necesității, din punct de vedere medical, a efectuării transportului.

5.2. Dacă cererea de despăgubire este frauduloasă sau în mod evident exagerată, ori contractul are la bază declarații false, GROUPAMA ASIGURĂRI S.A. are dreptul să refuze plata indemnizației de asigurare.

5.3. Nu se iau în considerație declarațiile medicale făcute de rudele Asiguratului în calitate de medici.

5.4. Începerea procedurii de stabilire și evaluare a despăgubirilor nu constituie o recunoaștere a obligației de a despăgubi.

5.5. În cazul plății indemnizației de asigurare către Asigurat sau beneficiarii lui, aceasta se va face în euro sau lei la cursul de schimb BNR al zilei în care s-a emis chitanța/nota de plată, după cel mult 15 zile de la data depunerii documentației complete de către Compania de asistență medicală sau Asigurat, după caz.

5.6. Pe cheltuiala sa, Asiguratorul va avea dreptul și posibilitatea să examineze Persoana Asigurată al/a cărei Accident, Vătămare Corporală sau Îmbolnăvire constituie motivul unei cereri de despăgubire, ori de câte ori se poate cere acest lucru în mod rezonabil, în perioada în care se analizează cererea de despăgubire.

5.7. În cazul în care, pentru oricare din riscurile acoperite la pct. 1, 2 sau 3 din Tabelul riscurilor asigurate, au fost plătite despăgubiri de către GROUPAMA ASIGURĂRI S.A., până la limita sumei asigurate, obligațiile de plată ale acesteia încetează pentru asigurații respectivi.

5.8. Cu acordul Asiguratorului, indemnizația de asigurare convenită conform condițiilor contractuale poate fi acordată Asiguratului de către EUROPE ASSISTANCE, urmând ca Asiguratorul să acorde acestuia din urmă contravaloarea despăgubirii achitate Asiguratului.

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 cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 6.1-6.6 GROUPAMA ASIGURĂRI S.A. poate să refuze plata indemnizației de asigurare.