

Condițiile legale de asigurare Medicală de Călătorii

Clauze contractuale aferente poliței de asigurare de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare

C.A. „GENERAL ASIGURĂRI” S.A., IDNO: 1016600035165, MD-2005, or. Chișinău, str. Pușkin, nr. 47/5, tel./fax: (+373) 22 783 800/801, denumită în continuare „Asigurător”, în persoana Directorului General care activează în baza Statutului sau a Reprezentantului Asigurătorului și Contractantul indicat în polița de asigurare, au convenit cele ce urmează:

I. Dispoziții generale

Prezentul contract are la bază Condițiile de asigurare facultativă de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare (în continuare Condiții), sunt elaborate în conformitate cu Codul Civil al Republicii Moldova, Legea RM Nr. 92 din 07.04.2022 privind activitatea de asigurare sau de reasigurare și alte acte normative în vigoare și sunt calificate drept „Asigurări generale”, clasa 2. „Asigurări de sănătate”.

Condițiile de asigurare constituie parte indispensabilă a Contractului de asigurare facultativă de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare. În prezentul Contract de asigurare pot fi stipulate și alte condiții contractuale, stabilite prin acordul comun al părților, care nu contravin actelor normative în vigoare.

Asigurătorul nu acordă protecție de asigurare în favoarea persoanelor, care la momentul perfectării Contractului:

- se află în momentul încheierii Contractului peste hotarele Republicii Moldova;
- se află la tratament în condiții de ambulatoriu/staționar;
- se află la evidență în dispensarele narcologice, psihoneurologice, de ftiziatrie, dermatovenerologice.

II. Noțiuni utilizate și semnificația lor

În scopul determinării și reglementării relațiilor contractuale conform prezentelor condiții contractuale, stabilirii drepturilor și obligațiilor părților Contractante, se utilizează următoarele noțiuni:

2.1. Asigurător — C.A. „GENERAL ASIGURĂRI” S.A., care deține dreptul de a desfășura activitatea de asigurare în baza licenței, conform căreia în schimbul primei de asigurare încasate își asumă obligația să acopere prin asigurare riscurile stipulate în prezentele Condiții.

2.2. Asigurat (persoana asigurată) — persoană fizică, în favoarea căreia a fost încheiat cu Asigurătorul Contractul de asigurare facultativă de sănătate și în care obiectul asigurării, în baza Contractului încheiat, este viața, sănătatea și capacitatea de muncă a acesteia.

2.3. Contractant — persoana fizică sau juridică, care a încheiat cu Asigurătorul contractul de asigurare și s-a obligat să achite prima de asigurare. Contractantul poate fi în același timp și Asigurat, în cazul în care obiectul asigurării în baza Contractului încheiat este viața și sănătatea acestuia. În cazul asigurării familiei Contractant poate fi unul dintre soți. În cazul asigurării colective Contractant poate fi Angajatorul/Organizatorul călătoriei sau, în cazul cooperării participative, și salariatul întreprinderii/conducătorul de grup. În calitate de Asigurați (beneficiari ai asigurării) sunt calificați doar persoanele înscrise în „Lista persoanelor supuse asigurării facultative de asistență medicală în baza Contractului colectiv”.

2.4. Îmbolnăvire subită — Modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate a Asiguratului, diagnosticată ca atare de un medic de specialitate, contractată în perioada de valabilitate a asigurării sau care se manifestă pentru prima dată în perioada de valabilitate a asigurării și necesită tratament medical de urgență pentru evitarea decesului sau deteriorării serioase a sănătății Persoanei Asigurate. În stabilirea existenței unei asemenea afecțiuni medicul Companiei de Asistență poate ține cont de localizarea geografică a Persoanei asigurate, caracterul urgenței medicale și disponibilitatea serviciilor sau mijloacelor medicale potrivite în locul respectiv.

2.5. Afecțiune Preexistentă (boală cronică) — Orice boală, vătămare din accident sau altă condiție medicală a Asiguratului diagnosticată ca atare de către un medic, prezentă înaintea intrării în asigurare a acestuia, cu excepția afecțiunilor acute care au fost vindecate în totalitate și se va referi la: orice boală respiratorie (care afectează plămânii și respirația), boală cardiacă, accident cerebral vascular sau cancer pentru care Persoana asigurată vreodată a primit tratament (inclusiv intervenție chirurgicală, analize sau investigații efectuate de către medicul Persoanei asigurate sau un consultant/specialist, precum și medicamente prescrise); orice Afecțiune pentru care Persoana asigurată a fost supusă operațiilor chirurgicale, tratamentului staționar sau investigațiilor în cadrul unui spital sau unei clinici pe parcursul ultimelor șase luni.

2.6. Accident — evenimentul subit (întâmplător) generat de un factor mecanic sau chimic provenit din afară și fără voința Asiguratului, care are ca efect vătămarea corporală, detectabilă din punct de vedere medical, dezabilitatea permanentă sau decesul acestuia. În accepțiunea prezentei definiții, în scopul delimitării riscului survenit în momentul conducerii autovehiculului, se consideră „accident” și coliziunea a două sau mai multe autovehicule, produsă pe drumurile publice sau ciocnirea acestora cu un alt obstacol, răsturnarea, deraparea, incendiul, care au ca efect vătămarea corporală sau decesul Asiguratului.

2.7. Caz asigurat — riscul asigurat, prevăzut în contractul de asigurare facultativă de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare, a cărui producere conferă survenirea răspunderii Asigurătorului față de Asigurat.

2.8. Eveniment asigurat — dereglarea sănătății Asiguratului în rezultatul unui accident, îmbolnăvirii subite, acute sau agravării maladiilor cronice în perioada de asigurare valabilă, stări care prezintă pericol pentru viață și/sau necesită intervenție medicală de urgență, afecțiuni sau stări, sau alte evenimente, care cer îngrijire medicală.

2.9. Riscuri principale asigurate — eveniment sau grup de fenomene sau evenimente viitor posibile, dar incerte, menționate în Contractul de asigurare facultativă de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare, stipulate în Pachetul de asigurare, producerea cărora poate genera prejudiciu persoanei asigurate. Asigurătorul, în baza prezentelor Condiții, garantează prestația asistenței medicale prin intermediul Companiei de asistență, în conformitate cu Contractul de asigurare facultativă de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare, în volumul prevăzut de Pachetul de asigurare și achită despăgubiri financiare, în natură sau mixte, în cazul suportării de către beneficiarul asigurării a cheltuielilor aferente tratamentului medical administrat la dereglarea sănătății acestuia.

2.10. Compania de asistență — partenerul/reprezentantul Asigurătorului, care a stabilit relații contractuale de colaborare în domeniul deservirii Asiguraților în momentul producerii cazului asigurat și/sau reglementării pretențiilor de despăgubire a prestatorilor de servicii medicale.

2.11. Contract de asigurare — acordul de voință liberă realizat între Asigurător și Contractant (Asigurat) prin care se stabilesc, se modifică sau se sting raporturi juridice. Contractul de asigurare se încheie în scris, în baza Cererii de asigurare completate și stipulează drepturile, obligațiile și mecanismul de executare a acestora. Prin contractul de asigurare, Contractantul se obligă să achite Asigurătorului prima de asigurare, iar Asigurătorul se obligă să achite Asiguratului despăgubirea de asigurare la producerea cazului asigurat în interiorul perioadei de asigurare. Contractul de asigurare este format din cererea de asigurare, Polița de asigurare emisă de asigurător și clauzele contractuale aferente poliței de asigurare facultative de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare.

2.12. Polița de asigurare — document prin care se confirmă încheierea contractului de asigurare facultativă de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare.

2.13. Primă de asigurare — sumă pe care Asiguratul (Contractantul) este obligat să o plătească Asigurătorului la remiterea poliței de asigurare, în modul și în termenul prevăzut de contractul de asigurare, în schimbul preluării de către Asigurător a riscului asigurat.

2.14. Sumă asigurată — este limita maximă a răspunderii Asigurătorului în cazul producerii evenimentelor pentru care s-a încheiat contractul de asigurare. Valoarea sumei de asigurare depinde de Pachetul de asigurare solicitat și Teritoriul de asigurat.

2.15. Opțiunea Sport de Agreement și/sau Sport Profesionist și/sau Muncă (prestată în străinătate) —

prima contractuală majorată față de tariful standard pe care trebuie să o plătească Contractantul, în schimbul asigurării pentru riscurile menționate în documentele contractuale, ca urmare a practicării sporturilor de agreement și/sau a sporturilor profesionale și/sau a unei activități lucrative care presupune muncă fizică, activitate profesională cu risc sporit (construcții, industria grea, pază etc.). Respectiv, Asigurătorul nu va plăti indemnizația de asigurare în următoarele situații:

- dacă riscul asigurat s-a produs ca urmare a unei activități din cele enumerate mai sus, dacă nu a fost selectată opțiunea „Sporturi de agreement” și/sau Sport Profesionist și/sau Muncă;
- dacă riscul asigurat s-a produs ca urmare a practicării unor sporturi sau hobby-uri periculoase – sporturi extreme.

2.16. Sporturi de agreement — schi, schi nautic, snowboard, patinaj, surfing, călărie, carting, ciclism montan, rafting etc., practicate ocazional cu scop recreativ. Dacă pe perioada efectuării călătoriei Asiguratul intenționează să practice ocazional activități sportive în scop recreativ se recomandă selectarea acestei acoperiri suplimentare la încheierea poliței de asigurare.

2.17. Sport profesionist (de performanță) — conform categoriilor de mai jos:

- Grupa A – sportivi, asociații (echipe) de bowling, pescari, golf, badminton, popice, minigolf, dans sportiv, tir, înot, divertisment;
- Grupa B – sportivi, asociații (echipe) de atletică ușoară, baschet, patinaj, canotaj, scrimă, hochei pe iarbă, canoe, ciclism, role, tenis, tenis de masă, gimnastică, volei, schi nautic;
- Grupa C – sportivi, asociații (echipe) atletică grea, ridicare greutăți, sanie, hochei, schi;
- Grupa D – asociații (echipe) de hipism, fotbal, handbal, polo, rugby, lupte marțiale, turism sportiv;

Enumerarea este exemplificativă și nu exhaustivă. Dacă pe perioada efectuării călătoriei Asiguratul intenționează să practice activități sportive – cantonamente, competiții sportive de orice nivel se recomandă selectarea acestei acoperiri suplimentare la încheierea poliței de asigurare.

2.18. Muncă fizică — coeficient aplicat în cazul când scopul călătoriei peste hotare al asiguratului este practicarea unei activități profesionale care presupune muncă fizică cu risc sporit ca de exemplu – industria grea, pază, construcții. Enumerarea este exemplificativă și nu exhaustivă.

III. Obiectul asigurării

3.1. Obiectul asigurării facultative de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare (risc principal) îl constituie interesele patrimoniale, care nu contravin legislației Republicii Moldova, corelate cu persoana Asiguratului, viața și sănătatea acestuia.

3.2. Asigurătorul, în conformitate cu Contractul de asigurare facultativă de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare încheiat, acordă protecție de asigurare de riscuri principale și/sau riscuri auxiliare, contractate și nominalizate în Polița de asigurare, în perioada valabilă a protecției de asigurare și achită despăgubiri în corespundere cu prezentele clauze contractuale.

IV. Subiectul asigurării

4.1. Subiect al asigurării facultative de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare pot fi persoane fizice, cetățeni ai Republicii Moldova, apatrizi sau străini.

4.2. În cazul asigurării persoanelor cu vârsta de 0–12 luni sau persoanelor cu vârsta mai mare de cât 65 ani împliniți, a cetățenilor străini fără reședință în Republica Moldova, Asigurătorul are dreptul să majoreze costul asigurării în corespundere cu rezultatul evaluării de underwriter a riscurilor preluate în asigurare.

V. Extinderea teritorială. Termenul de acțiune

5.1. Asigurarea facultativă de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare este valabilă în afara teritoriului Republicii Moldova și a țărilor de reședință a Asiguratului, pe teritoriul indicat în polița de asigurare, după cum urmează:

EXTINDEREA TERITORIALĂ	
Zona A	Statele spațiului ex-sovietic
Zona B	Turcia
Zona C	Europa, Turcia, statele spațiului ex-sovietic
Zona D	Asia, Europa, statele spațiului ex-sovietic
Zona E	Toată lumea

5.2. Termenul de acțiune a asigurării poate fi în limitele de la 3 până la 365/366 zile, dacă în Polița de asigurare nu este prevăzut altfel.

VI. Protecția de asigurare (definirea cazului asigurat)

6.1. Asigurătorul acordă Asiguratului (persoanelor asigurate membri asigurați ai familiei – contract colectiv pentru asigurarea grupului de călători) despăgubiri financiare, în natură sau mixte, în cazul producerii riscurilor principale asigurate, denumite la p. 6.2. al prezentelor condiții contractuale, și în cazul producerii riscurilor auxiliare asigurate, denumite la p. 6.3. al prezentelor condiții contractuale, dacă asiguratul a optat pentru această protecție.

6.2. În conformitate cu clauzele Contractului de asigurare încheiat pe „protecție de asigurare de riscuri principale”, drept caz asigurat poate fi calificată producerea evenimentelor expuse în clauza „asigurare de pierderi financiare”, denumite precum urmează:

6.2.1. Pierderi financiare legate de cheltuielile aferente tratamentului medical în cazul în care dereglarea sănătății Asiguratului, afecțiunea sau îmbolnăvirea subită are caracter acut, a survenit neașteptat, întâmplător și s-a produs în perioada de asigurare valabilă, pe teritoriul indicat în polița de asigurare, iar evenimentul, pentru înlăturarea consecințelor căruia s-a făcut asigurarea, necesită asistență medicală necesară și suficientă pentru salvarea vieții sau diminuarea durerii și se limitează la:

a) asistență medicală în condiții de ambulatoriu (Policlinică, Centre Medicale) acordată ca urmare a îmbolnăvirii subite, inclusiv:

- asistență medicală de urgență, inclusiv urgență medico-chirurgicală și servicii de ambulanță;
- consultația medicului generalist: anamneză; examen clinic general; examen clinic specific;
- consultația medicului specialist;
- investigații funcționale și de laborator în scopul diagnosticării maladii sau stării acute, în conformitate cu indicațiile medicului curant;
- servicii de radiologie, endoscopie, ecografie, ultrasonografie, scintigrafie, radioizotopice, alte investigații necesare pentru stabilirea diagnosticului;
- intervenții de mică chirurgie efectuată în condiții de ambulatoriu (policlinică);
- tratament medicamentos, prescris de medicul curant, manopere;
- solicitarea medicului la locul de cazare dacă este imposibilă deplasarea la instituția medicală recomandată de către Compania de asistență;
- onorariul personalului medical;

b) asistența medicală în condiții de staționar, acordată ca urmare a îmbolnăvirii subite, inclusiv:

- spitalizare în regim de urgență;
- consultația medicului internist;
- consultațiile medicilor specialiști;
- tratament în condiții spitalicești inclusiv, consumabile medicale și medicamente prescrise de medicul curant pentru perioada de spitalizare, manopere, cheltuieli de cazare (hoteliere), onorariul personalului medical;
- investigații de laborator, diagnostice funcționale, inclusiv radiologie, endoscopie, ecografie, ultrasonografie, scintigrafie, radioizotopice, alte investigații prescrise de către medicul curant în corespundere cu protocolul clinic;
- intervenții chirurgicale urgente în condiții de staționar;
- anestezie locală, loco-regională sau generală;
- asistență medicală în secții specializate de terapie intensivă și reanimare;

c) asistența medicală acordată ca urmare a acutizării unei afecțiuni preexistente (a unei boli cronice) se limitează la măsuri de urgență pentru salvarea vieții asiguratului sau măsuri ce urmăresc calmarea durerii acute, în limita maximă de 500 EUR, în conformitate cu documentația și concluziile medicale care atestă starea de urgență.

6.2.2. Pierderi financiare legate de evacuarea medicală în cazul accidentării sau îmbolnăvirii, care include și se limitează la transportarea Asiguratului cu ambulanța sau alt mijloc de transport specializat la o altă instituție medicală pentru tratarea vătămării corporale sau a maladiei subite de care suferă acesta, în condițiile în care Asiguratului nu-i poate fi garantată îngrijire medicală adecvată stării sănătății în instituția în care este internat și acest fapt pune în pericol viața Asiguratului, realizată în limitele sumei asigurate.

6.2.3. Pierderi financiare legate de repatrierea medicală în cazul accidentării sau îmbolnăvirii, care include și se limitează la transportarea Asiguratului de peste hotare cu ambulanța (sau alt mijloc de transport specializat) în Republica Moldova sau la cea mai apropiată de domiciliu instituție medicală și asistența persoanei însoțitoare, dacă o asemenea însoțire este indicată în corespundere cu prescripția medicului curant. Cheltuielile de repatriere se includ în suma despăgubirilor legate de producerea evenimentului asigurat și nu depășesc limitele sumei asigurate.

6.2.4. Pierderi financiare legate de repatrierea post-mortem — Cheltuielile reale, aprobate de Asigurător, legate de transportarea corpului neînsuflețit al Asiguratului ca urmare a decesului acestuia în cazul accidentării sau îmbolnăvirii subite, care includ și se limitează la:

- cheltuielile reale, dar nu mai mari decât suma asigurată pentru acest risc, legate de necropsia decedatului, dacă aceasta este obligatorie în corespundere cu protocolul clinic sau cu alte acte normative ale țării în care s-a produs decesul;
- cheltuielile reale, dar nu mai mari decât suma asigurată pentru acest risc, legate de îmbălsămarea corpului neînsuflețit al Asiguratului, necesară și suficientă pentru a fi transportat în Republica Moldova, efectuată în corespundere cu cerințele transportatorului sau cu alte acte internaționale;
- cheltuielile reale, dar nu mai mari decât suma asigurată pentru acest risc, legate de costul sicriului și al cutiei de transportare a corpului neînsuflețit în Republica Moldova;
- cheltuielile reale, dar nu mai mari decât suma asigurată pentru acest risc, legate de completarea documentelor de însoțire aferente transportării corpului neînsuflețit în Republica Moldova;
- cheltuielile reale, dar nu mai mari decât suma asigurată pentru acest risc, legate de îmbarcarea în transport (aerian, terestru, maritim) a corpului neînsuflețit în Republica Moldova;
- cheltuielile reale, dar nu mai mari decât suma asigurată pentru acest risc, legate de transportarea corpului neînsuflețit în Republica Moldova.

6.2.5. Pe lângă Excluderile prevăzute în capitolul VII al prezentelor condiții contractuale, Asigurătorul, în corespundere cu protecția „Asigurarea de riscuri principale”, nu despăgubește prin această asigurare și, respectiv, nu compensează cheltuielile aferente tratamentului medical, evacuării medicale, repatrierii medicale, repatrierii post-mortem prestate pentru și/sau care sunt consecința a:

- a) alcoolismului, toxicomaniei, narcomaniei sau a consecințelor directe ale acestora;
- b) afecțiunilor stomatologice, cu excepția tratamentului stomatologic de urgență, în limita maximă de protecție pentru aceste cazuri de 150 euro;
- c) tratamentului ortopedic, inclusiv utilizarea dispozitivelor ortopedice și a tehnicilor ortopedice;
- d) tratamentului ortodontic, prepararea sau repararea danturii artificiale, aplicarea coronițelor, aplicarea sau repararea punților, tratamentul chirurgical maxilo-facial sau stomatologic planificat;
- e) traumelor, îmbolnăvirilor sau otrăvirilor și consecințelor acestora suportate de Asigurat în stare de ebrietate alcoolică, narcotică sau toxică, comiterea premeditată a unei crime, tentative de sinucidere, automutilare, cu excepția cazurilor când Asiguratului i-a fost provocată o asemenea stare de spirit prin acțiuni ilegale ale unor terțe persoane;
- f) maladiilor infecțioase: hepatite A, B, C, D, E, tuberculoza, TORCH-infecțiile, micozele, scabia, pediculoza și alte maladii stipulate în Acordurile interstatale în vigoare;
- g) maladiilor sexual transmisibile, inclusiv HIV/SIDA și complicațiile acestora, indiferent de forma clinică și gradul de dezvoltare, gonoree, sifilis, trihomoniaza, mycoplasma și altele;
- h) maladiilor legate de invaziile parazitare: giardioza, ascaridoza, oxiuroza, teniaza, cysticercoza, diphyllobotrioza, sparganoza etc., alte maladii stipulate în Acordurile interstatale în vigoare;
- i) maladiilor oncologice, inclusiv hemoblastozelor, indiferent de forma clinică și gradul de dezvoltare a acestora;
- j) maladiilor psihice și complicațiilor lor, diverse traumatisme și maladii somatice provenite din cauza maladiilor psihice;
- k) tuberculozei, sarcoidozei, mucoviscidozei, colagenozelor, indiferent de forma clinică și gradul de dezvoltare;
- l) insuficienței renale cronice, care necesită efectuarea hemodializei;
- m) insuficienței hepatice cronice;
- n) dereglărilor sexuale, sterilității, inseminării artificiale, contracepției;
- o) maladiilor ereditare și anomaliilor congenitale, indiferent de forma clinică și gradul de dezvoltare;
- p) diabetului zaharat și complicațiilor acestuia;
- q) afecțiunilor actinice acute și cronice;

De asemenea, Asigurătorul nu compensează cheltuielile aferente:

- r) tratamentului planificat al maladiilor cronice, inclusiv chirurgii planificate, cunoscute sau necunoscute de care suferă Asiguratul, tratate sau netratate anterior momentului încheierii Contractului de asigurare facultativă de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare, inclusiv tratamentul maladiilor la etapa de asistență medicală de ambulatoriu;
- s) asistenței medicale datorate unei epidemii sau pandemii recunoscută oficial în țara/țările în care călătorește Asiguratul;
- t) tratamentului maladiilor infecțioase, care au putut fi prevenite din timp prin vaccinare și (sau) constituie urmări ale încălcării măsurilor de profilaxie – carantină de către Persoana asigurată după contactul cu purtătorul;
- u) tratamentului de reabilitare, homeopatic, reflexoterapeutic, terapiei manuale sau tratamentului cu caracter experimental;
- v) transplantului de celule, țesuturi și organe;
- w) intervențiilor chirurgicale pe cord, angiografie, aplicarea stentului, By-pass (angioplastie) aorto-coronariană;

- x) procedurilor și intervențiilor chirurgicale cosmetice și plastice, protezării cosmetice/plastice, schimbării sexului;
- y) monitorizării sarcinii și complicațiilor acesteia;
- z) asistenței medicale la naștere și complicațiilor acesteia, cu excepția unor complicații subite, care pun în pericol viața gravidei și/sau fătului în perioada de graviditate de până la 30 săptămâni și vârsta gravidei până la 38 ani (Asigurătorul va acoperi cheltuielile medicale suportate nemijlocit pentru înlăturarea acestui pericol în limita maximă de până la 500,00 EURO);
- aa) chiuretajelor sau mini-avorturilor, dacă acestea nu reprezintă o consecință a unui accident sau o necesitate de urgență;
- bb) aplicării protezelor medicale de orice gen, inclusiv protezare vasculară;
- cc) aflării în staționar pentru beneficiere de asistență de curatelă și reabilitare;
- dd) corecției vederii, tratamentului chirurgical al miopiei, hipermetropiei, astigmatismului, procurării sau reparării ochelarilor, lentilelor de contact;
- ee) procurării sau reparării dispozitivelor și aparatelor medicale (mijloacelor de transport, stimulatoare cardiace, orice aparat implant temporar sau definitiv);
- ff) tratamentului antiviral;
- gg) tratamentului de reabilitare și/sau curativ-sanatorial;
- hh) tratamentului medical în cazul în care persoana asigurată a întreprins călătoria în străinătate cu scopul beneficierii de servicii medicale pentru tratamentul unei boli preexistente: o boală sau afecțiune de care asiguratul și/sau familia sa are cunoștință înaintea intrării în vigoare a protecției de asigurare precizate în prezentele condiții contractuale, sau tratamentul aplicat pentru consecințele traumatismului de muncă sau bolii profesionale;
- ii) tratamentului chimio și/sau radio-terapeutic;
- jj) tratamentului imuno-modulator;
- kk) dezinfectiei, vaccinării profilactice, expertizelor medicale și investigațiilor instrumentale și/sau de laborator, dacă acestea nu reprezintă consecința directă a accidentului sau îmbolnăvirii subite acute;
- ll) prestării confortului suplimentar în salon, și anume: salon cu câteva camere separate, televizor, telefon, aparat de condiționare și umezire a aerului suplimentare, serviciile coaforului, masorului, cosmetologului etc.;
- mm) tratamentului administrat fără coordonarea cu Compania de asistență sau Asigurătorul, cu excepția circumstanțelor prevăzute la pct. 6.2.6. lit. c) din prezentele condiții contractuale;
- nn) tratamentului administrat după expirarea perioadei de asigurare valabilă sau tratamentului administrat la revenirea în Republica Moldova sau țara de reședință;
- oo) controlului medical profilactic sau de rutină, screening-ului medical.

6.2.6. La producerea riscului principal asigurat, Asiguratul sau persoana care reprezintă interesele acestuia, în conformitate cu înscrisurile Contractului încheiat și Poliței de asigurare remise:

a) va înștiința, prin apel telefonic, Compania de asistență sau Asigurătorul (numerele telefonice sunt înscrise în Contractul de asigurare), privind producerea evenimentului asigurat.

b) se va identifica prin:

- denumirea companiei de asigurare a cărei deținător de Poliță este;
- nume, prenume;
- seria și numărul poliței de asigurare;
- evenimentul produs;
- adresa și numărul de telefon la care poate fi contactat Asiguratul;
- termenii perioadei de asigurare;

c) în cazul în care este imposibil de respectat ordinea acțiunilor menționate mai sus (până la consultul medicului sau la spitalizare), Asiguratul sau persoana care-i reprezintă interesele este obligat să comunice despre survenirea cazului asigurat Companiei de asistență sau să înștiințeze Asigurătorul la telefonul indicat în Polița de asigurare în cel mai scurt timp, dar nu mai târziu de 72 de ore din momentul adresării la medic. În cazul în care Compania de asistență sau Asigurătorul nu sunt informate de către Asigurat, la numerele de telefon și fax furnizate, în termen de maxim 72 ore, și nu există documente care să justifice întârzierea informării acestora, Asigurătorul va plăti cheltuielile medicale și de transport ale Asiguratului datorate unui accident sau unei îmbolnăviri, până la o sumă maximă de 500 EUR, dacă evenimentul se consideră caz asigurat.

Extensie:

Indiferent de stipulările prezentelor condiții contractuale, în situația când este periclitată viața Asiguratului, Asiguratul sau oricare altă persoană care-i reprezintă interesele trebuie să organizeze transportarea de urgență cu toate mijloacele posibile în cea mai apropiată instituție medicală, iar apoi să anunțe Asigurătorul sau Compania de asistență.

d) În cazul în care Asiguratul nu notifică compania de asistență sau Asigurătorul privind producerea evenimentului asigurat până la finele tratamentului medical (asigurare de riscuri principale), Asigurătorul este în drept să ceară explicații în scris privind situația creată și își rezervă dreptul de a adopta decizia definitivă privind compensarea cheltuielilor suportate.

e) În cazul în care Asiguratul, din motive obiective, nu apelează la Compania de asistență sau s-a convenit de comun acord cu Asigurătorul asupra apelării în mod personal la orice altă instituție medicală și Asiguratul achită personal costul prestației medicale, acesta depune Asigurătorului (în oficiul central al Companiei), timp de 30 zile calendaristice de la reîntoarcerea în Moldova, Cererea de despăgubire la care anexează în mod obligatoriu:

- originalul Poliței de asigurare sau copia acesteia;
- originalul contului (facturii) remis de instituția medicală (pe blancheta firmei sau cu ștampila respectivă);
- extrasul medical de la medicul/instituția prestatoare de servicii în care se indică familia pacientului, diagnosticul, data solicitării asistenței medicale, durata tratamentului, nomenclatorul serviciilor prestate cu descifrarea acestora după date și cost, suma totală pentru plată;
- rețetele prescrise de medic în legătură cu accidentul sau maladia suportată (în original, ștampilate de farmacie cu indicarea costului medicamentului procurat);
- originalul documentelor de confirmare a plăților pentru tratament, medicamente și alte servicii (ștampila care confirmă plata, recipisa de încasare a banilor în numerar sau recipisa bancară în care se indică suma pentru transfer);
- pașaportul internațional și copia acestuia;
- copia Buletinului de identitate;
- alte documente, după caz.

f) Pentru a reglementa pretențiile de despăgubire în baza asigurării de risc principal „repatriere post-mortem”, persoana care reprezintă Asiguratul trebuie să anunțe Compania de asistență sau Asigurătorul despre survenirea riscului asigurat. Timp de 30 zile calendaristice de la repatrierea în Moldova, din contul personal al rudelor Asiguratului, acestea trebuie să depună cererea de Despăgubire întocmită în baza cheltuielilor suportate pe cont propriu de rudele apropiate ale Asiguratului, și se vor anexa în mod obligatoriu:

- documentul ce certifică decesul;
- certificatul oficial care atestă cauza decesului;
- în caz de accident, documentele referitoare la circumstanțele decesului;
- certificatul de deces;

- documentele ce confirmă cheltuielile menționate la lit. a) p. 6.2.4. a prezentelor condiții contractuale;
- alte documente, după caz.

6.3. Asigurătorul, după recepționarea tuturor documentelor enunțate mai sus de la Asigurat, va finaliza regularizarea dosarului de daună în termen de 30 zile calendaristice calculate de la data depunerii ultimului document, cu achitarea despăgubirii de asigurare în interiorul acestui termen sau remiterii deciziei de refuz.

6.4. În conformitate cu clauzele Contractului de asigurare încheiat, protecția de riscuri principale poate fi suplinită cu „protecție de asigurare de riscuri auxiliare”, care se indică în polița de asigurare.

6.5. Protecția de asigurare de riscuri principale începe la ora 00.00 a primei zile din perioada de asigurare, înscrisă în polița de asigurare, dar nu înainte de traversarea hotarului Republicii Moldova (trecerea se autentifică de către serviciile de frontieră), cu condiția că prima de asigurare a fost achitată integral.

6.6. Protecția de asigurare încetează la ora 24.00 a ultimei zile din perioada asigurată, înscrisă în Polița de asigurare, sau în momentul intrării în spațiul Moldovei în perioada de asigurare facultativă de sănătate în călătoria peste hotare valabilă.

VII. Evenimente excluse din protecția de asigurare

7.1. Asigurătorul nu oferă protecție de asigurare și, respectiv, nu despăgubește prejudiciul cauzat direct sau indirect, rezultat „din” sau „în legătură cu” sau care contribuie, sau este rezultat al:

- a) instituirii stării de război; război civil; revoluție sau stare excepțională;
- b) invaziei; intervenției străine;
- c) ostilității militare (declarate sau nedeclarate), rebeliunii, insurecției;
- d) tulburării în mase, care au proporții de răsccoală;
- e) instaurării puterii militare sau uzurpării puterii;
- f) contaminării biologice sau chimice;
- g) exploziei proiectilelor, bombelor, grenadelor, fiind consecința oricărui act de terorism;
- h) înrolării în forțe armate sau angajare în serviciu în alte formațiuni militare;
- i) participării active sau pasive la acte de terorism sau război, precum și aderarea la o organizație de terorism.

7.2. Asigurătorul nu-și asumă obligații prin asigurare și, respectiv, nu achită despăgubiri de asigurare în cazul în care Asiguratul, în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, comite acțiuni calificate de organele de drept crimă sau infracțiuni care au determinat producerea Cazului asigurat.

7.3. Asigurătorul nu-și asumă obligații prin asigurare și, respectiv, nu achită despăgubiri de asigurare în cazul în care Asiguratul, în perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, comite acțiuni care au determinat producerea cazului asigurat sau sunt cauza survenirii acestuia și, anume:

- a) a falsificat datele în Cererea de asigurare perfectată;
- b) nu a informat Compania de asistență (partenerul Asigurătorului) sau a informat întârziat despre producerea evenimentului asigurat dacă starea sănătății permitea comunicarea verbală și a beneficiat de servicii medicale sau alte servicii ca exemplu: evacuare, repatriere sau tratament în staționar cu durata mai mare de 10 zile, prestat în legătură cu îmbolnăvirea subită sau accidentarea Asiguratului, fără informarea Asigurătorului și consimțământul acestuia privind validarea contractului și acoperirea cheltuielilor;
- c) a practicat activități profesionale cu risc sporit, sporturi de agrement sau profesionist, a participat la competiții, cantonamente, antrenamente sportive, este angajat peste hotarele Republicii Moldova și practică activități lucrative care presupun muncă fizică, activitate profesională cu risc sporit, fapt care a condus la producerea riscului asigurat (excepție – declararea acestui fapt și aplicarea coeficienților de majorare la calculul primei de asigurare în momentul încheierii Contractului);
- d) s-a intoxicat cu alcool, droguri, medicamente sau substanțe toxice, administrate contra indicațiilor normelor sanitare și de protecție;

- e) suferă de consecințele tentativei de suicid;
- f) a pilotat sau a călătorit pe o unitate de transport, alta decât de rută (avion, iaht, autovehicul de curse), cu excepția cazurilor în care a călătorit în calitate de pasager pe bordul transportatorului civil, dirijat de un pilot profesionist sau alt specialist licențiat;
- g) a fost înrolat în forțe armate sau angajat în serviciu în alte formațiuni militare;
- h) a participat activ sau pasiv la acte de terorism sau război;
- i) este membru al unei organizații teroriste.

7.4. Nu se califică drept „Caz asigurat” (dacă nu există alte prevederi contractuale) și se subînțelege că asigurarea dată exclude compensarea cheltuielilor legate direct sau indirect „de”, rezultate „din” sau „fiind în legătură cu” situațiile care au contribuit sau contribuie la producerea riscului asigurat (inclusiv dereglarea stării sănătății Asiguratului) în caz de acțiune directă sau indirectă a energiei nucleare.

7.5. Asigurătorul nu plătește sume asigurate și/sau despăgubiri de asigurare în cazul în care interesul asigurării este ilicit sau prejudiciul suferit este cauzat de acesta sau este consecința acestuia.

7.6. Refuzul Asigurătorului de a plăti despăgubirea sau suma asigurată poate fi contestat de către Asigurat (Contractant) în instanța de judecată.

7.7. Dacă Asigurătorul susține că, în sensul acestei excluderi, orice cheltuieli nu sunt acoperite de această asigurare, sarcina de a demonstra contrariul îi revine Asiguratului.

VIII. Suma asigurată

8.1. Asigurarea facultativă de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare stipulează suma asigurată în echivalent bănesc, valoarea căreia se clasează în dependență de extinderea teritorială a asigurării și poate fi negociată la momentul încheierii contractului de asigurare.

8.2. Suma asigurată este obligația financiară maximală a Asigurătorului față de Asigurat, reprezentată în quantum (suma asigurată pentru protecția de riscuri principale și sumele asigurate pentru asigurare de riscuri auxiliare), exprimată în valută forte – euro, negociată în momentul încheierii Contractului de asigurare și înscrisă în Polița de asigurare la rubrica „Suma asigurată”.

8.3. Suma asigurată la asigurarea facultativă de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare se stabilește per persoană.

8.4. Suma asigurată se stipulează în Polița de asigurare.

8.5. Suma asigurată reprezintă limita maximă de despăgubire, care nu poate fi mai mică decât baremul minim aprobat de Asigurător, și anume:

LIMITE DE RĂSPUNDERE PER PERSOANĂ — SUMA ASIGURATĂ					
	Zona A	Zona B	Zona C	Zona D	Zona E
Sumă asigurată totală, inclusiv cheltuieli medicale, evacuare medicală, repatriere medicală	5 000 EUR	10 000 EUR	30 000 EUR	40 000 EUR	50 000 EUR
Repatriere post-mortem	2 000 EUR	3 000 EUR	4 500 EUR	5 000 EUR	7 000 EUR

8.7. Sumele asigurate indicate în Polița (Contractul) de asigurare (pentru asigurarea de riscuri principale și/sau de riscuri auxiliare) se diminuează cu quantumul plăților anterioare, în cazul în care Asiguratul sau Beneficiarul asigurării au fost despăgubiți pentru riscurile produse.

IX. Prima de asigurare

9.1. Prima de asigurare reprezintă suma pe care Contractantul este obligat să o plătească Asigurătorului, la eliberarea poliței de asigurare, în modul și termenul prevăzut de Contractul de asigurare, în schimbul preluării de către Asigurător a riscului asigurat.

9.2. Prima de asigurare în echivalent bănesc se calculează în baza tarifului de asigurare valabil la momentul încheierii Contractului de asigurare. Valoarea calculată în valută forte se recalculează în valută națională în baza ratelor de schimb ale valutei forte, stabilite de Banca Națională a Moldovei la data încheierii Contractului de asigurare.

9.3. Primele și tarifele de asigurare sunt calculate de Asigurător. Mărimea concretă a tarifului de asigurare se stabilește în Contractul de asigurare prin acordul comun al părților.

9.4. Mărimea primei de asigurare calculată pentru protecția de riscuri principale și riscuri auxiliare poate fi majorată prin aplicarea coeficienților de majorare în cazul asigurării persoanelor încadrate în activități cu risc sporit sau diminuată prin aplicarea rabatului tehnic (contracte familiale, contracte colective – asigurarea grupului de turiști sau asigurarea grupului de copii).

9.5. Valoarea primei de asigurare, reprezentată prin cuantumul primelor de asigurare calculate pentru protecția de riscuri principale și primele de asigurare de riscuri auxiliare, se înscrie în Polița de asigurare la rubrica „Prima de asigurare”.

9.6. Prima de asigurare se achită integral, în mod unic, în numerar sau prin virament.

9.7. Plata primei de asigurare se face integral, la sediul Asigurătorului sau al reprezentanțelor sale, dacă părțile nu au convenit în scris altfel.

9.8. Dovada plății primei de asigurare o va face Contractantul și/sau Asiguratul, înscris constatator fiind orice document probator al plății, prevăzut de legislația în vigoare.

9.9. Răspunderea pentru neachitarea la timp și în volum deplin a primelor de asigurare o poartă Contractantul (Asiguratul).

X. Drepturile și obligațiile Asiguratului

10.1. Asiguratul/Contractantul are dreptul să procure protecție de asigurare facultativă de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare, care poate cuprinde protecția de asigurare de riscuri principale și protecție de asigurare de riscuri auxiliare.

10.2. Asiguratul, în baza Contractului de asigurare încheiat, are dreptul:

- a) să ia cunoștință cu clauzele contractuale și Condițiile de asigurare;
- b) să încheie Contracte de asigurare facultativă de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare în calitate de Contractant în favoarea terțelor persoane (Contracte colective) sau în favoarea membrilor familiei sale (Contract familial) sau, pentru sine însuși (Contract individual), în baza prezentelor condiții contractuale;
- c) să beneficieze de servicii aferente evenimentului produs în corespundere cu prezentele condiții contractuale, în cazul în care evenimentul a fost calificat drept „caz asigurat”;
- d) să înainteze reclamații de despăgubire sau achitare a sumei asigurate la producerea cazului asigurat;
- e) să beneficieze de despăgubiri de asigurare, achitate în corespundere cu rezultatele constatării cazului asigurat sau consecințele acestuia;
- f) să primească, în cazul pierderii Contractului de asigurare, duplicatul acestuia, cu achitarea costului formularului nou emis;
- g) să inițieze procedura de rezoluțiune a Contractului.

10.3. În cazul în care Contractantul asigurării este altă persoană decât Asiguratul, Contractantul are aceleași obligații ca și cele atribuite Asiguratului în baza Contractului încheiat, iar dreptul său se limitează la:

- a) încheierea Contractului de asigurare în favoarea terților și achitarea primei de asigurare aferente;
- b) inițierea procedurii de rezoluțiune a Contractului de asigurare, dacă se respectă condiția: valabilitatea Contractului nu a expirat, iar „Asiguratul/ții, în perioada de valabilitate a asigurării precedente momentului rezoluțiunii, nu a/au beneficiat de despăgubiri de asigurare în baza acestui Contract”.

10.4. Asiguratul/Contractantul este obligat:

- a) să fie prezent în persoană la întocmirea Cererii de asigurare și/sau să completeze personal cererea de asigurare;
- b) să acorde Asigurătorului posibilitatea de a verifica circumstanțele aferente asigurării în baza prezentelor condiții contractuale;
- c) să achite prima de asigurare în cuantumul calculat în baza tarifelor de asigurare în vigoare la momentul încheierii Contractului, în termenele stabilite până la plecarea în călătorie, respectiv, până la începerea perioadei de asigurare;
- d) să asigure păstrarea documentelor perfectate de către părțile implicate în relațiile contractuale;
- e) să respecte prescripțiile medicului și ale companiei de asistență/Asigurătorului, legate de reglementarea cazului asigurat;
- f) să informeze Asigurătorul, la momentul încheierii Contractului de asigurare și/sau în perioada de valabilitate a Contractului, despre toate circumstanțele esențiale referitoare la riscul asigurat sau modificarea împrejurărilor care îl influențează. Se consideră a avea importanță acele împrejurări periculoase, care ar putea influența decizia Asigurătorului privind încheierea Contractului de asigurare (boli sau afecțiuni preexistente, tratamente sau intervenții medicale planificate, scopul călătoriei, activitățile cu risc sporit ce urmează a fi practicate peste hotare);
- g) să acorde Asigurătorului posibilitatea de a verifica circumstanțele privind derularea asigurării în baza prezentelor condiții contractuale;
- h) să acorde Asigurătorului dreptul de a verifica starea sănătății Asiguratului sau persoanelor asigurate în baza Contractului de asigurare încheiat;
- i) să informeze Asigurătorul despre producerea riscului asigurat îndată ce s-a aflat despre aceasta, iar în cazuri independente de voința păgubitului (stare gravă a sănătății, lipsa rețelei de telefon etc.) – în decurs de cel mult 30 de zile calendaristice din data adresării la medic sau reîntoarcere în Republica Moldova;
- j) să urmeze și să respecte prescripțiile medicului curant;
- k) să absolve medicii instituțiilor medicale de obligația de a păstra confidențialitatea față de reprezentanții Asigurătorului în raport cu starea sănătății lui, date solicitate în cadrul procedurii de constatare a cazului asigurat;
- l) să întreprindă acțiuni dependente de el pentru a evita producerea cazului asigurat sau pentru a limita pagubele cauzate de producerea acestuia;
- m) să informeze în scris Asigurătorul despre faptul pierderii Poliței sau a Contractului de asigurare remise.

10.5. Contractantul (altul decât Asiguratul) are obligația:

- a) să furnizeze informații autentice, adecvate realității, utilizate ulterior în procesul luării deciziei privind asigurarea, completând în acest sens Cererea de asigurare;
- b) să prezinte Asigurătorului datele persoanelor asigurate, menționând numele și prenumele acestora, codul de identitate, data nașterii, numărul documentului de călătorie, teritoriul de asigurare, riscul/riscurile asigurate, valoarea sumei asigurate, perioada de protecție de asigurare, precum și consimțământul persoanelor asigurate la prelucrarea datelor cu caracter personal, care se prezumă la momentul completării cererii de asigurare;
- c) de a răspunde pentru veridicitatea informației prezentate în cererea de asigurare față de Asigurător și persoanele asigurate.

XI. Drepturile și obligațiile Asigurătorului

11.1. Asigurătorul, în conformitate cu prezentul Contract încheiat, prestează Asiguratului (Contractantului) protecție de asigurare de riscuri principale, legate de dereglarea sănătății, soldate cu cheltuieli de asistență medicală sau tratamentul medical administrat Asiguratului, și de riscuri auxiliare.

11.2. Asigurătorul garantează:

- a) confidențialitatea, în raport cu persoanele asigurate;
- b) organizarea prestației serviciilor medicale oportune în timp și volum către Asigurați în caz de accidentare sau îmbolnăvire subită, acută;
- c) protecție de asigurare de riscuri auxiliare, în cazul în care această protecție a fost procurată de către Contractant.

11.3. În corespundere cu prezentele condiții contractuale, Asigurătorul are dreptul:

- a) să încheie contracte de asigurare facultativă de sănătate pe perioada călătoriei peste hotare cu persoane fizice, cetățeni ai Republicii Moldova și apatrizi, sau cu persoane juridice, în baza cererii de asigurare, completate personal de către Asigurat (Contractant);
- b) să estimeze veridicitatea datelor reflectate în cererea de asigurare, precum și respectarea de către Asigurat a clauzelor contractuale;
- c) să achite despăgubiri în mărime de până la 500 euro, în cazul în care Asiguratul a beneficiat de servicii medicale și a achitat personal (în numerar) costul prestației fără informarea imediată a Asigurătorului privind producerea evenimentului asigurat sau fără a coordona preventiv cu Asigurătorul sau Compania de asistență, dacă cazul este considerat drept caz asigurat în baza prevederilor contractuale;
- d) să solicite, în caz de necesitate, pentru evaluarea riscurilor preluate în asigurare, până la încheierea Contractului de asigurare, efectuarea unui examen medical al persoanelor supuse asigurării;
- e) să verifice informația prezentată în cererea de asigurare privind riscurile de asigurat;
- f) să refuze încheierea Contractului de asigurare în baza evaluării de underwriting a riscurilor de asigurat;
- g) să aplice coeficienți de majorare a tarifului la calculul primei de asigurare, în baza informațiilor privind solicitantul asigurării sau riscurile pentru care se optează protecție de asigurare de riscuri principale sau riscuri auxiliare, reflectate în cererea de asigurare;
- h) să aplice coeficienți prestabiliți la calculul primei de asigurare;
- i) să controleze îndeplinirea de către Contractant (Asigurat) a cerințelor și prevederilor Contractului de asigurare;
- j) să supună expertizei medicale și documentare atât diagnosticele stabilite Asiguratului, cât și tratamentul indicat, în cazul reglementării reclamațiilor pe protecția de riscuri principale;
- k) să modifice sau să rezoluționeze Contractul de asigurare în conformitate cu prevederile contractului de asigurare și ale legislației în vigoare.

11.4. Asigurătorul este obligat:

- a) să familiarizeze Contractantul (Asiguratul) cu prezentele clauze contractuale de asigurare;
- b) să elibereze Asiguratului Polița de asigurare după încasarea primei de asigurare;
- c) să contribuie la acordarea oportună și calitativă a asistenței medicale și/sau consultative Asiguratului/ților la survenirea cazului asigurat, în baza prezentelor Condiții de asigurare și în conformitate cu Contractul încheiat;
- d) să achite despăgubiri sau sume asigurate în conformitate cu decizia de reglementare a pretenției de despăgubire adoptată;
- e) să apere interesele Asiguraților în ceea ce ține de prestarea serviciilor de asistență la timp, în volum deplin și calitativ.

XII. Imposibilitatea de executare fortuită

12.1. Neexecutarea obligațiilor contractuale sau executarea lor în mod necorespunzător nu poate fi imputată părților contractante în cazul în care aceasta este cauzată de evenimente ce fac imposibilă executarea, care nu puteau fi prevăzute la data încheierii contractului sau dacă părțile n-au putut împiedica apariția acestora sau înlăturarea efectelor lor. Drept imposibilități de executare fortuită vor fi considerate:

- a) acțiuni militare de orice natură;
- b) sancțiuni economice impuse la nivel internațional;
- c) revolte populare, civice;
- d) orice alt eveniment ce nu poate fi controlat de către părți, și anume situația invocată de partea împiedicată să își îndeplinească obligațiile contractuale, generată de un eveniment extern, imprevizibil, absolut invincibil și inevitabil, dovedită cu documente emise de autorități publice competente. Cu titlu exemplificativ și nelimitativ, Asigurătorul nu despăgubește prejudiciile generate de următoarele: fenomene meteo, calamități, epidemii, pandemii, greve, conflicte politice și de război, situații catastrofale, de pericol public, atac terorist, embargo internațional, precum și cazul în care companiile aeriene, în mod unilateral, stabilesc limite de răspundere sau aduc modificări cu privire la orar, itinerar.

12.2. Partea ce invocă imposibilitatea de executare fortuită este obligată, în decurs de 3 zile de la apariția evenimentului invocat, să notifice partea opusă despre apariția evenimentului.

12.3. În cazul apariției imposibilității de executare fortuită, termenele de executare a obligațiilor contractuale se vor prelungi pentru o perioadă suplimentară egală cu perioada în care se manifestă imposibilitatea de executare fortuită.

XIII. Valabilitatea contractului de asigurare

13.1. Contractul de asigurare facultativă de asistență medicală este acordul de liberă voință, realizat între Asigurat și Asigurător, prin care se stabilesc, se modifică sau se sting raporturile juridice.

13.2. Contractul de asigurare se încheie pentru perioada indicată în polița de asigurare și intră în vigoare la ora 00.00 a zilei ce urmează după ziua în care a fost încasată prima de asigurare în contul Asigurătorului.

13.3. Contractul poate fi modificat sau rezoluționat numai în conformitate cu clauzele sale ori prin acordul părților, dacă legea nu prevede altfel.

13.4. Modificarea clauzelor Contractului de asigurare se efectuează prin acordul scris al părților, confirmat prin semnăturile și ștampilele părților contractante.

13.5. Oricare dintre părți, Contractantul sau Asigurătorul, are dreptul să inițieze procedura de rezoluțiune a contractului de asigurare încheiat, fără a invoca un temei de neexecutare a contractului, până la expirarea termenului de valabilitate a acestuia, prin notificarea în scris a părții opuse cu o anticipație de 45 zile calendaristice până la data rezoluțiunii.

13.6. Contractul de asigurare poate fi rezoluționat din inițiativa Asigurătorului, cu un preaviz scris comunicat Contractantului cu 14 zile înainte de rezolvirea contractului, în cazul în care Contractantul/Asiguratul încalcă obligația de informare asupra tuturor împrejurărilor importante, agravarea riscurilor asigurate. Rezoluțiunea este exclusă în cazul în care inexactitatea era cunoscută Asigurătorului sau mențiunea a fost făcută inexact fără vina Asiguratului. În asemenea caz, Asigurătorul poate rezolvi contractul doar în decurs de 1 (una) lună din momentul când a luat cunoștință despre inexactitate.

13.7. Rezoluțiunea se efectuează prin declarație scrisă a Asigurătorului, iar prima de asigurare achitată se va restitui plătitorului acesteia fără careva rețineri.

13.8. Asigurătorul rezoluționează Contractul de asigurare din inițiativa Contractantului în decursul a cel mult 30 zile, în cazul în care termenul de asigurare nu a expirat și Asigurătorul nu a achitat sume asigurate sau despăgubiri de asigurare în baza Contractului supus rezolvirii.

13.9. În cazul rezolvirii Contractului de asigurare la solicitarea Contractantului, prima de asigurare achitată se va restitui plătitorului acesteia în valoare diminuată. Asigurătorul va reține quantumul calculat din costul asigurării pentru perioada expirată a Contractului de asigurare și valoarea cheltuielilor de gestiune ale Asigurătorului.

13.10. Contractul de asigurare încetează de drept prin acordul amiabil al părților, precum și:

- a) la neachitarea de către Asigurat a primei de asigurare în mărimea și în termenul stabilit în contractul de asigurare și legislația în vigoare;
- b) la expirarea termenului său de acțiune (la ora 24.00 a ultimei zile a termenului de asigurare);
- c) la îndeplinirea de către Asigurător a obligațiilor contractuale (achitarea integrală a sumei asigurate sau onorarea obligațiilor contractuale per caz asigurat);
- d) la lichidarea Asigurătorului, în modul stabilit de lege;
- e) în alte cazuri prevăzute de lege;
- f) contractul de asigurare este nul în cazurile prevăzute de legislație sau dacă a fost încheiat în condiții care contravin legislației în vigoare.

13.11. În cazul nulității absolute a contractului de asigurare, Asigurătorul restituie integral Asiguratului primele de asigurare încasate, iar Asiguratul care a beneficiat de despăgubirea de asigurare va restitui integral sumele beneficiate.

XIV. Preluarea de către Asigurător a drepturilor Asiguratului (subrogarea)

14.1. Asigurătorul, plătind despăgubirea de asigurare (prejudiciul real), preia, în limitele acestei sume, dreptul la creanță, dreptul la care asiguratul sau o altă persoană, care a încasat despăgubirea de asigurare, îl deține în raport cu o terță persoană, responsabilă de producerea pagubei.

14.2. Dacă Asiguratul va încasa o parte din pagubă de la persoana terță, vinovată de producerea cazului asigurat, Asigurătorul este scutit de plata acelei părți din despăgubire.

14.3. În cazul în care asiguratului i-a fost compensată de către persoana vinovată toată paguba pricinuită sau există o hotărâre definitivă a instanței de judecată de încasare a pagubei de la persoana vinovată, Asigurătorul este absolvit de plata despăgubirii de asigurare.

XV. Jurisdicția soluționării litigiilor

15.1. Litigiile apărute în legătură cu executarea Contractului de asigurare se vor soluționa de către părți pe cale amiabilă, iar în cazul neatingerii unui acord în acest sens – se vor soluționa în instanța de judecată competentă, în ordinea stabilită de legislația Republicii Moldova.

15.2. Până la depunerea cererii de chemare în judecată, partea respectivă este obligată să înainteze pretenție celeilalte părți cu motivare corespunzătoare.

15.3. Pretenția și răspunsul la aceasta trebuie să fie expediate prin poștă (recomandat) sau transmise prin curier cu confirmarea înmânării.

15.4. Partea căreia îi este înaintată pretenția are obligația ca în termen de 30 zile să răspundă la cerințele înaintate. Termenul acordat pentru răspuns începe să curgă din momentul primirii pretenției.

15.5. Contractul de asigurare este încheiat în conformitate cu legislația Republicii Moldova și este guvernat de jurisdicția Republicii Moldova, în orice țară, în situațiile de apariție a litigiilor, unde dreptul aplicat va fi cel al Republicii Moldova.

15.6. Prezentul contract este încheiat în limba română, iar în cazul în care Asigurătorul va prezenta o copie tradusă a contractului de asigurare în limba rusă sau engleză, în cazul apariției unor divergențe, prioritate vor avea prevederile din limba română.

XVI. Rechizitele părților

Datele de identificare ale Asiguratorului și ale Contractantului, precum și semnăturile părților, se consemnează în polița de asigurare emisă la încheierea Contractului.