

## Condițiile de Asigurare aferente Asigurării de Viață de Grup atașată Contractelor de Credit de nevoi personale oferite de PIRAEUS BANK ROMÂNIA S.A.

### Prevederi introductive:

**I. Informații privind Asigurătorul: ERGO Asigurări de Viață SA** - cu sediul în România, București, Sector 1, Calea Floreasca, nr. 175, etaj 6, Secțiunea A, 014459, înregistrată la Registrul Comerțului cu nr. J40/6000/2009, CUI 25569690, Registrul Asigurătorilor RA-066. Telefon: 031.224.86.00; Fax: 310.224.86.70, fiind autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară figurând în Registrul Asigurătorilor sub nr. RA-066. Aceste informații sunt accesibile pe pagina de internet a ASF ([www.asfromania.ro](http://www.asfromania.ro)) și pe pagina de internet a Asigurătorului ([www.ergo.ro](http://www.ergo.ro)).

**II. Informații privind Agentul de Asigurare Subordonat: Piraeus Bank România S.A. (denumită PBR sau Banca)**, cu sediul social în București, Șoseaua Nicolae Titulescu nr. 29 – 31, sector 1, înregistrată la Oficiul Registrului Comerțului cu nr. J40/1441/1995, cod unic de înregistrare RO7025592, înregistrată în Registrul Instituțiilor de Credit sub nr. RB-PJR-40-026/18.02.1999, capital social 1.007.135.615 RON, înscrisă în Registrul Intermediarilor în Asigurări sub nr. RAJ-243394, Registrul Intermediarilor în Asigurări este disponibil pe pagina de internet a Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor la următoarea adresă [www.csa-isc.ro](http://www.csa-isc.ro) - Registrul Intermediarilor în asigurări și reasigurări. **Piraeus Bank România S.A.** poate desfășura activitatea de intermediere în baza contractului de agent încheiat cu Asigurătorul, pentru asigurările din clasa I, lit. A punctele a) și c) din Anexa 1 din Legea 32/2000 privind activitatea de asigurare și supravegherea asigurărilor.

Prezentele Condiții de Asigurare sunt aferente asigurării de viață oferite persoanelor fizice care contractează un credit de nevoi personale fără ipotecă oferit de Bancă, în baza contractului de asigurare de grup încheiat de Contractant cu ERGO Asigurări de Viață SA. Această asigurare oferă acoperire pentru riscurile de Deces din orice cauză și pentru Pierderea Involuntară a Locului de Muncă/ Invaliditate Totală și Permanentă din orice cauză, evenimentele asigurate menționate încadrându-se în Clasa I: Asigurări de viață, anuități și asigurări de viață suplimentare, prevăzute la lit. A a), b) și c), cu excepția celor prevăzute la pct. II și III, conform Anexei 1 din Legea 32 privind activitatea de asigurare și

supraveghere a asigurărilor, cu modificările și completările ulterioare.

### 1. Definiții

Termenii și expresiile de mai jos vor avea următoarele semnificații, aplicabile deopotrivă formelor de plural și de singular, forma articulată sau nearticulată, cu excepția cazului când se prevede expres contrariul:

**Asigurător:** Ergo Asigurări de Viață S.A.

**Acoperirea prin Asigurare:** reprezintă obligația Asigurătorului de a prelua răspunderea în ceea ce privește riscurile asigurate și de a plăti Indemnizația de Asigurare conform Condițiilor de Asigurare, ca urmare a producerii Evenimentului Asigurat, sub condiția încasării Primei de Asigurare.

**Accidentul:** reprezintă un eveniment produs de factori exteriori, subit, viitor și neașteptat, produs în Perioada de Valabilitate a Asigurării, independent de voința Persoanei Asigurate, asupra corpului acesteia, constatat obiectiv și care are ca rezultat decesul sau vătămarea corporală a Persoanei Asigurate.

**Afecțiune pre-existentă:** reprezintă orice afecțiune diagnosticată, manifestată sau tratată anterior începerii Perioadei de Asigurare, indiferent de rezultatele tratamentului. Sunt excluse din asigurare bolile/afecțiunile preexistente ale Persoanei Asigurate la data semnării Declarației de Sănătate.

**Beneficiarul Asigurării:** reprezintă persoana îndreptățită să încaseze Indemnizația de Asigurare, în cazul producerii Evenimentului Asigurat. În înțelesul prezentelor Condiții de Asigurare, Beneficiar al Asigurării, desemnat în mod irevocabil, pe întreaga durată a creditului este Piraeus Bank România S.A.. În cazul în care creditul este rambursat integral, înainte de termenul pentru care polița de asigurare a fost plătită, Beneficiarii Indemnizației de Asigurare vor fi Persoana Asigurata sau Moștenitorii acesteia, după caz.

**Bolala/Îmbolnăvire:** reprezintă orice modificare organică sau funcțională a echilibrului normal al organismului Persoanei Asigurate, diagnosticată de medicul specialist conform criteriilor clinice, paraclinice sau de laborator specifice manifestată pentru prima oară ulterior Datei Începerii Asigurării și care cauzează în mod direct producerea unui Eveniment Asigurat.

**Contractul de Asigurare / Asigurarea:** este termenul folosit generic pentru a desemna ansamblul de documente ce reglementează raportul juridic dintre Asigurător, pe de o parte, și Contractant, Persoana

Asigurată și Beneficiar, pe de altă parte, după cum urmează:

- a) **Informații furnizate înaintea aderării la Asigurarea de Viață de Grup atașată Contractelor de Credit de nevoi personale oferite de Piraeus Bank România S.A.:** document ce conține termenii și condițiile produsului de asigurare oferit Clientului, înainte de aderarea la Contractul de Asigurare de Grup, de către Agentul de Asigurare Subordonat în numele Asigurătorului.
- b) **Condițiile de Asigurare:** document ce conține termenii și condițiile produsului de asigurare oferit de către Asigurător.
- c) **Certificat de Asigurare:** reprezintă documentul emis de către Asigurător care dovedește acceptarea Persoanei Asigurate în Contractul de Grup.
- d) Orice alt document asupra căruia s-a convenit că este parte integrantă a Contractului de Asigurare.

**Contractantul Asigurării de Grup:** Piraeus Bank România S.A.

**Contract de Credit:** reprezintă actul juridic care reglementează relația de creditare dintre Persoana Asigurată și Contractantul Asigurării de Grup, în baza căruia a fost acordat un credit solicitat de Persoana Asigurată.

**Contractul de Asigurare de Grup:** este actul juridic încheiat între Contractant și Asigurător prin care acesta din urmă se obligă să preia riscurile asigurate, în schimbul plății Primelor de Asigurare. Incluziunea în Contractul de Asigurare de Grup a Persoanelor Asigurate se va efectua prin intermediul persoanelor autorizate să desfășoare activități de bancasurante, prin emiterea Certificatului de Asigurare și plata Primei de Asigurare.

**Data Începerii Contractului de Asigurare/ Acoperirii prin Asigurare:** este ora și data acordării creditului.

**Evenimentul Asigurat (Risc Asigurat):** reprezintă acel eveniment viitor, independent de voința Persoanei Asigurate, produs în interiorul Perioadei de Valabilitate a Asigurării. În baza acestui eveniment, Asigurătorul va fi obligat la plata Indemnizației de Asigurare, conform prevederilor Contractului de Asigurare.

**Indemnizație de Asigurare:** reprezintă suma de bani pe care Asigurătorul o plătește Beneficiarului Asigurării, conform Condițiilor de Asigurare, ca urmare a producerii Evenimentului Asigurat.

**Invaliditate Totală Permanentă:** reprezintă pierderea anatomică sau a capacității funcționale a Persoanei Asigurate, în mod permanent pentru tot restul vieții sale, ca urmare a unui accident sau a unei boli intervenită după aderarea la Contractul de Asigurare de Grup, în Perioada de Valabilitate a Asigurării, constatată din punct de vedere medical conform prevederilor legale în vigoare și care privează Persoana Asigurată de posibilitatea de a desfășura activități aducătoare de venit/câștig sau plată (invaliditate gradul I și gradul II, conform Legii nr. 263/2010, cu modificările și completările ulterioare). Data producerii Evenimentului Asigurat în acest caz este considerată data deciziei medicale asupra capacității de muncă emisă de medicul expert al asigurărilor sociale în baza art. 71 din Legea nr. 263/2010.

**Invaliditate Preexistentă:** reprezintă Invaliditatea Persoanei Asigurate, existentă și diagnosticată anterior semnării Declarației de Sănătate sau produsă ca urmare a unei Afecțiuni existente și diagnosticate anterior semnării Declarației de Sănătate.

**Lună calendaristică:** reprezintă intervalul de timp cuprins între prima și ultima zi din lună (28, 29, 30 sau 31 după caz) și care este identificată cu denumirile specifice din calendar, respectiv ianuarie, februarie, martie etc.

**Medic:** reprezintă acea persoană care deține un titlu oficial de calificare în medicină, este membru al Colegiului Medicilor din România și îndeplinește condițiile legale pentru exercitarea profesiei de medic. Persoană care prestează servicii medicale conform dreptului său de liberă practică eliberat de către autoritatea publică competentă și/sau de către o instituție academică acreditată, în vederea prescrierii sau aplicării de tratamente. Din această categorie sunt excluși în mod explicit membrii familiei Persoanei Asigurate precum și orice persoană care locuiește la domiciliul acesteia.

**Persoana Asigurată:** reprezintă persoana fizică a cărei viață se asigură și care a contractat un credit de nevoi personale la Piraeus Bank România S.A. pentru care Asigurătorul a emis un Certificat de Asigurare, conform căruia Asiguratul are și obligația de a plăti Prima de Asigurare.

**Perioada de Asigurare/Perioadă de valabilitate a asigurării:** (Durata asigurării) reprezintă durata maximă pentru care a fost încheiat Contractul de Asigurare și care este prevăzută în Certificatul de Asigurare și este

egală cu durata Contractului de Credit, conform graficului de rambursare inițial.

**Perioada de Calificare:** este perioada de 90 de zile calendaristice consecutive, calculată de la Data Începerii Contractului de Asigurare, pe durata căreia riscul de Pierdere Involuntară a Locului de Muncă nu este acoperit.

**Perioada de Eliminare:** reprezintă perioada de timp calculată de la data producerii Evenimentului Asigurat după expirarea căreia, Beneficiarul Asigurării este pentru prima dată îndreptățit să primească Indemnizația de Asigurare pentru un Eveniment Asigurat. Pe durata acestei perioade, Indemnizația de Asigurare nu este datorată. Durata Perioadei de Eliminare pentru Invaliditate Totală Permanentă este de 7 luni de la data producerii cauzelor ce au condus la apariția Evenimentului Asigurat. Durata Perioadei de Eliminare pentru Șomaj este de 60 de zile de la data producerii Evenimentului Asigurat.

**Perioada de Recalificare:** reprezintă perioada de timp calculată de la data ultimului Eveniment Asigurat pe durata careia Indemnizația de Asigurare nu este datorată. După expirarea acestei perioade, Beneficiarul Contractului de Asigurare este îndreptățit să solicite plata Indemnizației de Asigurare pentru un nou Eveniment Asigurat petrecut ulterior Perioadei de Recalificare, numai dacă toate condițiile contractuale sunt îndeplinite. Durata Perioadei de Recalificare pentru Șomaj este de 6 luni calendaristice pentru persoanele angajate cu contract de muncă, cu respectarea condițiilor cu privire la vechime de la acordarea creditului.

**Pierderea Involuntară a Locului de Muncă (Șomaj):** reprezintă situația (susținută prin acte și proceduri oficiale) în care o persoană a rămas fără loc de muncă, independent de voința sa și îndeplinește cumulativ următoarele condiții: a. este în căutarea unui loc de muncă; b. starea de sănătate și capacitățile fizice și psihice o fac aptă pentru prestarea unei munci; c. nu are loc de muncă și nu realizează venituri (sau realizează venituri mai mici decât valoarea indicatorului social de referință în vigoare); d. este disponibilă să înceapă lucrul în perioada imediat următoare, dacă ar găsi un loc de muncă; e. este înregistrată la Agenția pentru Ocuparea Forței de Muncă în a cărei rază teritorială își are domiciliul sau, după caz, reședința; f. evenimentul Asigurat s-a produs după expirarea Perioadei de Calificare și/sau Recalificare.

Se consideră dată a producerii Evenimentului Asigurat data la care Persoana Asigurată a fost luată în evidența Agenției Județene pentru Ocuparea Forței de Muncă sau a Agenției pentru Ocuparea Forței de Muncă a Municipiului București.

Persoana Asigurată trebuie să dovedească data producerii, precum și durata și data încetării stării de Pierdere a Locului de Muncă prin transmiterea documentelor doveditoare.

**Prima de Asigurare unică ("Primă unică"):** reprezintă acea sumă de bani stabilită în Certificatul de Asigurare și calculată prin aplicarea Ratei de Primă la Suma Asigurată înmulțit cu durata creditului (număr de luni) care se plătește Asiguratorului. Prima de Asigurare se plătește conform Certificatului de Asigurare, în moneda Contractului de Credit. Prima unică se plătește o singură dată la începutul Acoperirii prin Asigurare.

**Scadența:** reprezintă Scadența la care este datorată Prima de Asigurare. În înțelesul prezentelor Condiții de Asigurare, data Scadenței este data acordării Creditului.

**Sold Credit:** reprezintă suma rămasă de rambursat din creditul acordat Persoanei Asigurate de către Contractantul Asigurării (unde creditul acordat este egal cu Suma Asigurată) la data apariției Evenimentului Asigurat, sumă comunicată în scris de către Contractantul Asigurării de Grup și care include și dobânda aferentă calculată pro-rata de la ultima dată scadentă a ratei de credit dinaintea apariției Evenimentului Asigurat până la data apariției acestuia. Suma nu include rate scadente neachitate de către Persoana Asigurată, penalități, taxe de închidere anticipată a creditului.

În cazul rambursării anticipate a creditului, Soldul Creditului va reprezenta principalul care ar fi rămas de achitat din totalul creditului acordat Persoanei Asigurate de către Contractantul Asigurării de Grup la data scadenței anterioare datei apariției Evenimentului Asigurat, conform graficului de rambursare inițial.

**Spital:** reprezintă acea instituție care îndeplinește cumulativ următoarele condiții: 1) deține o licență de instituție curativ-profilactică; 2) are ca activitate principală primirea, îngrijirea și tratarea persoanelor bolnave, suferinde sau vătămăte, în calitate de pacienți spitalizați; 3) furnizează servicii de asistență medicală 24 ore pe zi, prestate de personal medical calificat; 4) dispune de un personal cuprinzând cel puțin un Medic disponibil permanent; 5) dispune de facilități organizate pentru diagnosticare și operații chirurgicale majore; 6) nu

este, cu titlu principal, o clinică, infirmerie, casă de odihnă sau convalescență sau altă instituție similară și nu este, altfel decât în mod accidental, un adăpost pentru alcoolici sau persoane dependente de droguri.

**Suma Asigurată:** reprezintă suma egală cu valoarea creditului, urmând evoluția acestuia. Suma Asigurată va fi în moneda creditului.

**Total lunar de plată:** reprezintă suma totală lunară de plată datorată de Persoana Asigurată Contractantului Asigurării de Grup conform graficului de rambursare, pentru respectivul Contract de Credit.

**Vârsta la intrarea/ieșirea în/din asigurare** este determinată ca diferență dintre anul și luna calendaristică în care începe/se termină asigurarea și anul și luna calendaristică în care s-a născut Persoana Asigurată.

## 2. Evenimente (Riscuri) Asigurate

Conform Contractului de Asigurare sunt considerate Evenimente Asigurate indiferent de locul în care s-au produs (cu excepția Șomajului) și numai dacă s-au produs în interiorul Perioadei de Valabilitate:

a. În cazul persoanelor Asigurate la care cel puțin unul dintre veniturile încasate provine dintr-o activitate socio-profesională salarizată în baza unui contract individual de muncă:

- decesul Persoanei Asigurate din orice cauză;
- pierderea involuntară a locului de muncă (Șomaj), în acest caz, Acoperirea prin Asigurare se acordă numai pentru Evenimentul produs pe teritoriul României.

b. În cazul persoanelor încadrate în categoria Pensionari și Alte categorii de persoane care beneficiază exclusiv de alte venituri decât salarii:

- decesul Persoanei Asigurate din orice cauză;
- invaliditate totală permanentă din orice cauză.

Evenimentele acoperite pe toată durata de valabilitate a Asigurării sunt cele asigurate conform statutului socio-profesional la momentul începerii Acoperirii prin Asigurare.

În cazul în care se petrec independent de voința Persoanei Asigurate, și următoarele evenimente sunt considerate Accidente:

- sugrumare/strangulare;
- arsuri, arsura cu aburi, accidente cauzate de curent electric sau lumină;

- infectarea unei răni care a fost consecința unui accident;
- otrăvire cu alimente sau substanțe chimice sau corozive ca rezultat al neatenției Persoanei Asigurate, dar nu otrăvire din cauza ingerării unei bacterii;
- otrăvire din cauza inhalării de gaze toxice, vapori, excluzând boli profesionale aferente.

Bolile în general și bolile transmisibile în special nu sunt considerate un Accident chiar dacă sunt consecința unui Accident.

## 3. Excluderi

### Excluderi generale:

Asigurătorul este exonerat de plata Indemnizației de Asigurare dacă Evenimentul Asigurat s-a produs ca urmare a:

- a) războiului, ocupației, actelor unor inamici străini, stării de război declarate sau nedeclarate, inclusiv legea marțială, războiului civil, insurecției, rebeliunii, revoluției, dictaturii militare;
- b) utilizării de arme de distrugere în masă nucleare, biologice sau chimice;
- c) participării active a Persoanei Asigurate la demonstrații ilegale, revolte, acțiuni teroriste, sabotaj sau acțiuni incriminate de legea penală inclusiv participarea la pregătirea sau desfășurarea acestora sau participarea la represiunea acestora inclusiv opunerea la arest;
- d) participării Persoanei Asigurate la serviciul militar sau exercitarea oricărei forme de activitate polițienească în orice țară sau autoritate națională sau internațională, în perioadă de pace sau război;
- e) manipulării armelor, explozibililor, substanțelor inflamabile sau toxice;
- f) rezultatului unor boli sau răni cauzate direct sau indirect de energia nucleară, lămpii ionizante, radiații radioactive sau similare, inclusiv expunerea pe termen mai lung a organismului Persoanei Asigurate la efectele acestora;
- g) oricăror activități de zbor cu excepția pasagerilor care zboară în avioane comerciale care transportă pasageri în baza unei autorizații publice valabile sau transportului pe cale aeriană a pacienților sau persoanelor rănite și a însoțitorilor;
- h) sinuciderii sau tentativei de sinucidere în primii doi ani de la data începerii Perioadei de

Valabilitate a Asigurării, dacă în Contractul de Asigurare nu se prevede o altă perioadă;

- i) unor Boli / Afecțiuni Preexistente sau Invalidități Preexistente;
- j) ingerării de alcool, droguri sau alte substanțe care creează dependență fără prescripție medicală, inclusiv alcoolism cronic;
- k) călătoria sau conducerea de către Persoana Asigurată a unui ATV, unei motociclete sau scuter cu o capacitate cilindrică mai mare de 125 cm<sup>3</sup>;
- l) spitalizării apărute ca rezultat al unei boli cu transmitere sexuală sau ca rezultat a contractării virusului HIV, dacă acest eveniment a apărut într-o perioadă de cel mult doi ani de la data începerii Acoperirii prin Asigurare și dacă nu este prevăzut altfel în Contractul de Asigurare;
- m) unui Accident ce a fost provocat de un infarct miocardic sau un atac cerebral, atunci când persoana beneficiază doar de acoperire în caz de accident; astfel de evenimente nu sunt considerate niciodată Evenimente Asigurate chiar dacă sunt consecința unui Accident;
- n) unei boli mintale sau pierderii cunoștinței generate/cauzate de starea de beție sau de consumul de droguri;
- o) săvârșirii de către Persoana Asigurată a unei fapte penale sau contravenționale sancționate, care contravine legislației în vigoare;
- p) practicării de către Persoana Asigurată a unui sport ca sportiv profesionist;
- q) participării Persoanei Asigurate la activități periculoase ca vânătoare, călărie, competiții cu mijloace de locomoție în afara drumurilor publice, navigație pe distanțe lungi realizată individual, arte marțiale, box, participării la doborârea de recorduri;
- r) sporturilor pentru practicarea cărora sunt folosite vehicule cu motor;
- s) practicării de sporturi extreme (ex. scufundări, rafting, speologie, cățărare, escaladare, sărituri cu coarda elastică, parașutism).

#### **Excluderi speciale:**

În cazul producerii riscului de tip Invaliditate Totală Permanentă, Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației de Asigurare și dacă Evenimentul Asigurat s-a produs din cauza:

- a) Accidentului sau bolii provocate intenționat de către Persoana Asigurată, inclusiv consecințele acestora, fără deosebire dacă, la apariția lor, Persoana

Asigurată era într-o stare normală de sănătate sau ca rezultat al unei tulburări psihiatrice, mentale sau nervoase;

- b) Continuării, consecințelor sau recidivelor unei boli sau răniri apărute înaintea datei Începerii Acoperirii prin Asigurare și care a fost diagnosticată anterior datei Începerii Acoperirii prin Asigurare;
- c) Consecințelor accidentelor apărute anterior datei Începerii Acoperirii prin Asigurare;
- d) Unei tulburări degenerative ale coloanei vertebrale/polidiscopatie și consecințele lor directe sau indirecte, dureri de spate fără un diagnostic medical;
- e) Unei boli mentale sau modificări ale stării mentale a Persoanei Asigurate, inclusiv afecțiuni psihice;
- f) Tratatului medical administrat la cererea Persoanei Asigurate și care nu are o motivație medicală sau este realizat ca și operație de chirurgie estetică;
- g) Spitalizării legate de naștere, întrerupere voluntară a sarcinii, inclusiv consecințele acestora;
- h) Spitalizare ca urmare a agravării consecințelor Accidentului, dacă aceasta a fost precedată de o altă spitalizare din același Accident;
- i) Spitalizării intervenite ulterior unei alte spitalizări când perioada dintre acestea este mai mare de o zi lucrătoare (calculată de la externare până la următoarea internare), urmare a refuzului Persoanei Asigurate de a se interna sau rămâne internată într-un anumit spital, ambele spitalizări fiind consecința aceluiași Accident.

În cazul producerii riscului de Pierdere Involuntară a Locului de Muncă (Șomaj), Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației de Asigurare și dacă Evenimentul Asigurat s-a produs în următoarele condiții:

- a. La data semnării Certificatului de Asigurare, Persoana Asigurată a cunoscut faptul că făcea parte dintr-un grup de persoane al căror contract de muncă urmează să înceteze;
- b. Anterior semnării Certificatului de Asigurare, Persoana Asigurată a fost anunțată de către angajator că va fi disponibilizat sau la data semnării Certificatului de Asigurare, Persoana Asigurată era deja șomer;
- c. Dacă la data începerii Acoperirii prin Asigurare, Persoanei Asigurate i se adusese la cunoștință în scris demersurile referitoare la încetarea contractului de muncă;

- d. Pierderea Locului de Muncă este o consecință a încălcării disciplinei în muncă;
- e. Pierderea Locului de Muncă a apărut în timpul perioadei de probă sau la terminarea acesteia contractul de muncă nu a fost prelungit;
- f. Pierderea Locului de Muncă este rezultatul rezilierii contractului de muncă din inițiativa angajatului sau ca urmare a acordului părților;
- g. Pierderea Locului de Muncă este rezultatul ajungerii la termen al unui angajament pe perioadă determinată;
- h. Pierderea Locului de Muncă este rezultatul aplicării prevederilor altei legislații decât cea din România;
- i. Persoana Asigurată refuză să ocupe un alt loc de muncă în cadrul companiei la care este angajat, ca urmare a procesului de restructurare a postului pe care îl ocupă;
- j. Persoana Asigurată este rudă de gradul 1(unu) cu administratorul, acționarul, asociatul sau conducătorul angajatorului de la care a fost disponibilizat sau dacă este acționar semnificativ (deținând o participație de minimum 20% la capitalul social) al angajatorului care l-a disponibilizat.

#### 4. Condiții de eligibilitate/ Declarații false sau incomplete

Pentru a fi acceptat în Contractul de Asigurare de Grup, Persoana Asigurată trebuie să îndeplinească următoarele condiții generale de eligibilitate la data semnării Contractului de Asigurare:

- să aibă vârsta minimă la începutul Acoperirii prin Asigurare: 18 ani;
- să aibă vârsta maximă la începutul Acoperirii prin Asigurare: 65 de ani împliniți la data semnării Contractului de Asigurare;
- să aibă vârsta maximă la ieșirea din asigurare: 70 ani;

Furnizarea de informații neconforme cu realitatea sau incomplete atrage nulitatea Certificatului de Asigurare și determină încetarea Acoperirii prin Asigurare. În această situație, Asigurătorul este scutit de plata Indemnizației de Asigurare. Primele plătite rămân dobândite Asigurătorului. Celelalte obligații ale Asigurătorului, astfel cum sunt stabilite în Condițiile de Asigurare, încetează să existe la data încetării Acoperirii prin Asigurare. Asigurătorul va informa în scris Contractantul cu privire

la operarea oricăror modificări determinate de caracterul fals sau incomplet al declarațiilor/informațiilor furnizate la completarea Contractului de Asigurare.

#### 5. Începutul/încetarea Acoperirii prin Asigurare

Acoperirea prin Asigurare începe la ora și data acordării Creditului, sub rezerva plății integrale a Primei de Asigurare. Data de începere a Asigurării este menționată în Certificatul de Asigurare.

Persoana Asigurată este obligată să informeze Asigurătorul fără întârziere despre modificarea datelor de identificare, a domiciliului, adresei de corespondență, sediului social, precum și despre orice modificare a datelor în baza cărora a fost încheiat Contractul de Asigurare.

Acoperirea prin Asigurare se consideră încheiată la ora 24:00 a zilei stabilite a fi ultima zi a Perioadei de Asigurare, conform graficului inițial de rambursare a creditului. Acoperirea prin Asigurare are o durată totală egală cu perioada de rambursare a creditului, conform graficului de rambursare inițial, sub rezerva plății Primei de Asigurare. Ultima zi a Acoperirii prin Asigurare este data stabilită a fi data scadenței ultimului Total lunar de plată, conform graficului inițial de rambursare a creditului.

**Acoperirea prin Asigurare continuă până la expirarea duratei prevăzute în Certificatul de Asigurare, respectiv până la data ultimei scadențe de plată conform graficului de rambursare inițial al creditului.**

Dacă Asigurătorul descoperă abia după producerea Evenimentului Asigurat că ceea ce a determinat producerea acestuia a avut o cauză despre care el nu a avut cunoștință din cauza informațiilor neconforme cu realitatea sau incomplete care i-au fost furnizate la data începerii Acoperirii prin Asigurare și care erau esențial a fi cunoscute la data începerii Acoperirii prin Asigurare, Asigurătorul va refuza plata Indemnizației de Asigurare prevăzute în Certificatul de Asigurare, iar Acoperirea prin Asigurare va înceta ca urmare a refuzului de plată pentru evenimentul de Deces sau Invaliditate Totală Permanentă. Plata făcută în avans cu titlu de Primă de Asigurare nu se returnează.

Acoperirea prin Asigurare încetează în următoarele condiții:

- a) la data la care Persoana Asigurată împlinește vârsta de 70 de ani;

- b) prin ajungere la termenul prevăzut în Certificatul de Asigurare;
- c) în urma plății Indemnizației de Asigurare sau a refuzului Asigurătorului de a plăti Indemnizația de Asigurare în caz de Deces.
- d) Persoana Asigurată poate renunța la Asigurare, pe parcursul Contractului de Credit, cu un preaviz de 20 de zile;
- e) Persoana Asigurată poate denunța unilateral printr-o notificare scrisă Asigurarea în primele 20 de zile de la Data Începerii Acoperirii prin Asigurare cu restituirea integrală a primei de asigurare încasate.

Suplimentar, Acoperirea prin Asigurare pentru Șomaj încetează și în urma plății a două evenimente asigurate de Pierdere Involuntară a Locului de muncă.

În cazul solicitării scrise primite din partea Persoanei Asigurate privind renunțarea la Acoperirea prin asigurare anterior datei prevăzute în Certificatul de Asigurare ca dată de sfârșit a acoperirii prin asigurare, cu excepția cazului denunțării unilaterale a Asigurării în primele 20 de zile de la Data Începerii Acoperirii prin Asigurare (caz în care se restituie întreaga primă de asigurare), Persoana Asigurată este îndreptățită să primească o parte din Prima de Asigurare achitată la începutul acoperirii prin asigurare.

Suma va fi calculată utilizând următoarea formulă de calcul:

$$R = S * P * (m - t) * 15\%$$

R = valoarea de returnat Persoanei Asigurate

S = valoarea inițială creditului

P = procentul corespunzător de primă

m = durata inițială a Contractului de Credit (în luni)

t = numărul de luni care au trecut de la acordarea creditului

\* = operația matematică de înmulțire

Pe toată durata asigurării nu există perioadă de grație.

## 6. Primele de Asigurare

Prima de Asigurare este determinată în conformitate cu valoarea stabilită de Asigurător folosind metodele de calcul actuarial, raportată la valoarea creditului. Valoarea Primei de Asigurare este menționată în Certificatul de Asigurare.

Prima de asigurare se achită anticipat pentru toată perioada acoperită prin Asigurare.

Perioada de Valabilitate a Asigurării este egală cu durata Creditului valabila la data semnării contractului și precizată în Certificatul de Asigurare, conform graficului de rambursare inițial. **Orice modificare ulterioară a duratei Creditului nu are niciun impact asupra Perioadei de Valabilitate a Asigurării.**

Pe toată durata de valabilitate a Asigurării, contractul nu are valoare de răscumpărare.

Asigurătorul are dreptul să primească Prima de Asigurare așa cum este specificat în Certificatul de Asigurare.

## 7. Obligațiile Beneficiarului în cazul producerii Evenimentului Asigurat

În cazul *decesului* Persoanei Asigurate, este necesară furnizarea următoarelor documente, în maximum 30 zile de la data producerii acestuia:

- a) Formularul "Notificarea Producerii Evenimentului Asigurat" completat;
- b) Certificatul medical constatator al decesului (copie conform cu originalul) și Certificatul de deces al Persoanei Asigurate (copie legalizată);
- c) Documente medicale relevante (ex: fișa medicală, bilet de ieșire din spital, rezultate analize efectuate, etc.) privind antecedentele medicale și cauzele care au determinat decesul Persoanei Asigurate (cu parafa medicului care le-a eliberat) - (copie);
- d) În cazul decesului din Accident va fi prezentată și o copie a procesului-verbal emis de către organele competente cu privire la împrejurările producerii Accidentului sau orice acte relevante care pot demonstra împrejurările în care s-a produs Accidentul.

Suplimentar documentelor anterior menționate, în cazul în care decesul Persoanei Asigurate se produce după rambursarea anticipată a creditului, este necesară furnizarea următoarelor documente:

- a) Certificatul de Asigurare;
- b) Copie act de identitate al persoanei care solicită plata Indemnizației de Asigurare și dovada că este îndreptățit/ă să primească Indemnizația de Asigurare (certificat de moștenitor);
- c) Graficul de rambursare în vigoare de Contractantul Asigurării de Grup la data Evenimentului Asigurat;

- d) În cazul în care documentele justificative pentru producerea decesului sunt eliberate în afara teritoriului României, documentele de mai sus se completează și cu dovada transcrierii în registrul român de stare civilă a actului eliberat de autoritățile străine competente;
- e) Contul bancar în care să fie transferată suma rezultată din Indemnizația de Asigurare.

Este considerată dată a producerii Evenimentului Asigurat data decesului Persoanei Asigurate menționate în Certificatul de deces.

În cazul apariției Evenimentului Asigurat de tipul Invaliditate Totală Permanentă din accident, Persoana Asigurată sau Beneficiarul sunt obligați să anunțe în scris Asigurătorul, în maximum 15 zile de la data producerii Evenimentului Asigurat și să furnizeze următoarele documente:

- a) Formularul "Notificarea Producerii Evenimentului Asigurat" completat;
- b) Copie a deciziei de pensionare pentru Invaliditate Totală Permanentă din accident, emisă de către Casa Teritorială de Pensii;
- c) Certificat medical privind starea de sănătate a Persoanei Asigurate -(copie);
- d) Decizia pentru încadrarea într-un grad de invaliditate emisă de către medicul expert al asigurărilor sociale - (copie);
- e) Copia actului de identitate (BI/CI) a Persoanei Asigurate.

Suplimentar documentelor anterior menționate, în cazul în care Invaliditatea Totală Permanentă din accident se produce după rambursarea anticipată a creditului, este necesară furnizarea următoarelor documente:

- a) Certificatul de Asigurare;
- b) Copie act de identitate al persoanei care solicită plata Indemnizației de Asigurare și dovada că este îndreptățit/ă să primească Indemnizația de Asigurare (certificat de moștenitor);
- c) Graficul inițial de rambursare emis de Contractantul Asigurării de Grup ;
- d) Contul bancar în care să fie transferată suma rezultată din Indemnizația de Asigurare.

Este considerată dată a apariției Evenimentului Asigurat, data la care a rămas definitivă decizia de pensionare pentru caz de invaliditate emisă de Casa Teritorială de Pensii, fie ca urmare a scurgerii termenului legal în care putea fi contestată, fie la rămânerea definitivă a hotărârii judecătorești prin care s-a soluționat contestația privind decizia de pensionare pentru invaliditate a Persoanei Asigurate (gr. I și gr. II).

În cazul apariției Evenimentului Asigurat de tipul Pierderea Involuntară a Locului de Muncă, Persoana Asigurată sau Beneficiarul sunt obligați să anunțe în scris Asigurătorul, în maximum 15 zile de la data producerii Evenimentului Asigurat, și să furnizeze următoarele documente:

- a) Formularul "Notificarea Producerii Evenimentului Asigurat" completat;
- b) Copie a contractului de muncă a Persoanei Asigurate;
- c) Copie a Deciziei angajatorului de încetare a raporturilor de muncă;
- d) Copie a dispoziției privind stabilirea dreptului de indemnizație de șomaj, care va conține obligatoriu data de la care Persoana Asigurată primește Indemnizația de Șomaj;
- e) Copie a carnetului de evidență, vizat de către Agenția Județeană pentru Ocuparea Forței de Muncă sau Agenția pentru Ocuparea Forței de Muncă a Municipiului București;
- f) În cazul în care Persoana Asigurată nu este beneficiar al Indemnizației de Șomaj sau orice altă formă de ajutor social care poate înlocui Indemnizația de Șomaj, o copie a adeverinței ce atestă faptul că Persoana Asigurată este înscrisă la Agenția Județeană sau a Municipiului București pentru Ocuparea Forței de Muncă pentru un plan individual de mediere (respectiv se află pe lista persoanelor care sunt în căutarea unui loc de muncă);
- g) O copie a dispoziției privind respingerea dreptului de indemnizație de șomaj (care va conține obligatoriu motivul respingerii);
- h) Orice alte documente solicitate de către Asigurător și necesare pentru stabilirea obligației sale de plată;
- i) Copia actului de identitate (BI/CI).

Suplimentar documentelor anterior menționate, în cazul în care Pierderea Involuntară a Locului de Muncă se produce după rambursarea anticipată a creditului, este necesară furnizarea următoarelor documente:

- a) Certificatul de Asigurare;
- b) Graficul inițial de rambursare emis de Contractantul Asigurării de Grup ;
- c) Contul bancar în care să fie transferată suma rezultată din Indemnizația de Asigurare.

Este considerată dată a apariției Evenimentului Asigurat data luării în evidență de către Agenția Județeană de Ocupare a Forței de Muncă. Dacă, în termen de maximum 60 de zile de la data producerii Evenimentului



Asigurat, Beneficiarul Asigurării nu depune la Asigurător documentele menționate în alineatele precedente, Asigurătorul nu va putea fi obligat la plata Indemnizației de Asigurare, dacă din acest motiv nu a putut fi determinată cauza producerii Evenimentului Asigurat și cuantumul Indemnizației de Asigurare.

La solicitarea Asigurătorului, vor fi furnizate și alte documente necesare determinării și întinderii obligației de plată a Asigurătorului. Asigurătorul va putea întreprinde propria investigație cu privire la împrejurările și consecințele producerii Evenimentului Asigurat.

Beneficiarul și moștenitorii Persoanei Asigurate sunt obligați să coopereze pentru investigarea daunei.

Dacă Persoana Asigurată dispare sau este imposibilă o identificare obiectivă a corpului său, această situație se asimilează cu decesul Persoanei Asigurate numai dacă există în acest sens o hotărâre definitivă a unei instanțe judecătorești din România sau o hotărâre judecătorească a unei instanțe dintr-un alt stat recunoscută în România.

Toate certificatele, informațiile și dovezile cerute de către Asigurător vor trebui să satisfacă cerințele de formă și conținut specificate de acesta. Costurile legate de obținerea, traducerea și expedierea documentelor solicitate vor fi suportate de către persoana care a expediat aceste documente.

## 8. Plata Indemnizației de Asigurare

Dreptul de a primi Indemnizația de Asigurare devine efectiv la data îndeplinirii condițiilor contractuale.

În cazul *Decesului din orice cauză, inclusiv din Accident* al Persoanei Asigurate, Asigurătorul va fi obligat la plata unei Indemnizații de Asigurare egale cu valoarea Soldului Creditului la data producerii Evenimentului Asigurat, conform graficului de rambursare în vigoare aferent Contractului de Credit.

În cazul în care *decesul* Persoanei Asigurate se produce după rambursarea anticipată a creditului, Indemnizația de Asigurare datorată va reprezenta principalul care ar fi rămas de achitat din totalul creditului acordat Persoanei Asigurate de către Contractantul Asigurării de Grup, la data scadenței anterioare datei producerii Evenimentului Asigurat, conform graficului de rambursare inițial.

Valoarea Indemnizației de Asigurare pentru *Invaliditatea Totală Permanentă* din accident este egală cu valoarea Soldului Creditului la data expirării Perioadei de Eliminare de 7 luni, calculată de la data producerii cauzelor ce au condus la apariția Evenimentului Asigurat, dată care este menționată în decizia definitivă

de pensionare pentru caz de invaliditate emisă de Casa Teritorială de Pensii și depusă la Asigurător.

Valoarea Soldului Creditului la data expirării Perioadei de Eliminare de 7 luni va fi comunicată în scris de către Contractant. Suma nu include rate scadente neachitate de către Persoana Asigurată, penalități, taxe de închidere anticipată a creditului sau orice alte taxe.

În cazul în care *Invaliditatea Totală Permanentă* din accident a Persoanei Asigurate se produce după rambursarea anticipată a creditului, valoarea Indemnizației de Asigurare va fi egală cu principalul care ar fi rămas de achitat din totalul creditului acordat Persoanei Asigurate, după expirarea Perioadei de Eliminare, conform graficului de rambursare inițial. În cazul *Invalidității Totale Permanente ireversibile*, constând în pierderea unei părți anatomice sau funcționale, nu se aplică Perioada de Eliminare, Soldul Creditului avut în vedere pentru calcularea Indemnizației de Asigurare fiind cel de la data producerii Evenimentului Asigurat.

Valoarea Indemnizației de Asigurare pentru *Pierderea Involuntară a Locului de Muncă* este egală cu valoarea unui Total lunar de plată, conform graficului de rambursare în vigoare, calculat la data expirării Perioadei de Eliminare și/sau Recalificare, așa cum sunt definite în capitolul „Definiții” din prezentele Condiții de Asigurare, dar numai cu respectarea condițiilor contractuale. Cuantumul Totalului lunar de plată datorat conform prezentului paragraf va fi comunicat de către Contractantul Asigurării la solicitarea Asigurătorului. Asigurătorul va fi obligat la plata acestei sume, conform Contractului de Credit, fără dobânzi penalizatoare, penalități de întârziere sau orice alte taxe.

În cazul în care *Pierderea Involuntară a Locului de Muncă* a Persoanei Asigurate se produce după rambursarea anticipată a creditului, valoarea Indemnizației de Asigurare va fi egală cu Totalul lunar de plată conform graficului de rambursare inițial

Perioada maximă pe Eveniment Asigurat pentru care se plătește Indemnizația de Asigurare pentru *Pierderea Involuntară a Locului de Muncă* este de 6 luni calendaristice, calculată de la data expirării Perioadei de Eliminare și / sau Recalificare, așa cum sunt definite în capitolul „Definiții” din prezentele Condiții de Asigurare. Pe parcursul derulării unui Contract de Asigurare sunt acoperite maximum 2 (două) Evenimente Asigurate pentru *Pierderea Involuntară a Locului de Muncă*, cu respectarea Condițiilor de Asigurare, și numai dacă între două Evenimente Asigurate consecutive Persoana Asigurată a deținut un loc de muncă, cu respectarea

condițiilor cu privire la vechime de la acordarea creditului.

Plata Indemnizației de Asigurare se face doar cu condiția existenței unei Acoperiri prin Asigurare valabile la data producerii Evenimentului Asigurat.

Indemnizația de Asigurare va fi plătită într-un termen de 15 zile de la data la care Asigurătorul a finalizat investigațiile necesare pentru determinarea obligației sale de plată și au fost primite de către Asigurător documentele semnate de către Beneficiar pentru acceptarea plății Indemnizației de Asigurare.

Indemnizația de Asigurare va fi plătită către Beneficiarul Asigurării.

## 9. Drepturile și obligațiile Asigurătorului

Asigurătorul este obligat să mențină confidențialitatea informațiilor despre care are cunoștință ca urmare a verificării stării de sănătate a Persoanei Asigurate. Acestea pot fi utilizate de către Asigurător doar în legătură cu desfășurarea Contractului de Asigurare și investigarea producerii Evenimentului Asigurat.

Prin aderarea la Contractul de Asigurare, Persoana Asigurată își dă consimțământul cu privire la utilizarea de către Asigurător a datelor referitoare la starea sa de sănătate în legătură cu desfășurarea Asigurării și investigarea producerii Evenimentului Asigurat și este de acord ca toți medicii și toate instituțiile medicale, care au efectuat sau vor efectua un control sau tratament medical asupra sa, să aibă permisiunea de a dezvălui datele cu privire la starea sa de sănătate, la cererea Asigurătorului.

Asigurătorul este obligat să realizeze investigațiile legate de producerea Evenimentului Asigurat fără întârzieri nejustificate. Nu va constitui întârziere nejustificată refuzul autorităților sau a instituțiilor publice sau private de a răspunde solicitării Asigurătorului sau întârzierea de către acestea a furnizării răspunsurilor solicitate de către Asigurător.

## 10. Protecția datelor cu caracter personal

Conform legii privind protecția datelor cu caracter personal, Persoana Asigurată permite ca datele personale furnizate în baza Contractului de Asigurare sau în declarații să fie folosite într-o bază de date creată, administrată și menținută de Asigurător. Asigurătorul va putea, dacă va fi cazul, să transmită datele personale conținute în documentația de asigurare pentru a fi prelucrate în scopul emiterii Certificatelor de Asigurare, înștiințării de orice natură care au legătură cu

Contractul de Asigurare către alte societăți cu care are legătură contractuală cu clauze stricte privind protecția datelor cu caracter personal. În acest scop, Asigurătorul nu va fi obligat să solicite în scris expres acordul Persoanei Asigurate. Acceptarea încheierii Contractului de Asigurare echivalează cu acceptarea transmiterii spre prelucrare a datelor personale în scopurile menționate anterior.

Datele personale furnizate de către Persoana Asigurată vor fi utilizate doar în legătură cu Contractul de Asigurare și în scopul notificării Persoanei Asigurate cu privire la noutăți și produse ale Asigurătorului, notificări legale și în legătură cu Data de început și de încetare a Acoperirii prin Asigurare.

Asigurătorul își asumă responsabilitatea pentru protejarea datelor cu caracter medical, precum și a celorlalte date cu caracter personal în limitele și condițiile stabilite de legislația în vigoare în domeniu.

Persoana Asigurată are dreptul de acces la datele cu caracter personal pe care le furnizează, dreptul de intervenție asupra datelor și dreptul de opoziție, așa cum acestea sunt reglementate de dispozițiile art. 13, 14, respectiv 15 din *Legea nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date*. Persoana Asigurată își poate exercita drepturile prevăzute în acest paragraf depunând la Asigurător o cerere în formă scrisă, datată și semnată. În cerere, solicitantul poate arăta dacă dorește ca informațiile să îi fie comunicate la o anumită adresă de corespondență sau printr-un serviciu de corespondență care să asigure că predarea i se va face numai personal.

## 11. Dispoziții Finale

Toate declarațiile sau notificările în legătură cu Asigurarea vor fi făcute în limba română, folosind datele de contact (adresa de corespondență, adresa de email, telefon) declarate de către Persoana Asigurată la Data Începerii Asigurării în conformitate cu cele declarate în contractul de credit.

În cazul în care documentele solicitate sunt redactate într-o altă limbă decât limba română, acestea vor fi transmise astfel: copie sau, după caz, originalul documentului în limba străină și traducere legalizată în limba română, în original, a documentului emis în limba străină.

Corespondența transmisă de către Asigurător Persoanei Asigurate, indiferent dacă a fost trimisă prin notificare tip SMS sau poșta electronică, se consideră a fi primită la

data când a fost expediată de către Asigurător pe adresele comunicate la data începerii Asigurării. În cazul în care Persoana Asigurată nu își îndeplinește obligațiile contractuale și nu notifică schimbarea adresei de corespondență, de email sau a numărului de telefon Asigurătorului, corespondența se consideră a fi primită la data când a fost expediată de către Asigurător.

În situația în care Persoana Asigurată solicită Asigurătorului ca toată corespondența dintre Asigurător și ea să se poarte prin scrisoare cu confirmare de primire, corespondența se consideră a fi primită la data înscrisă pe confirmarea de primire. În cazul în care Persoana Asigurată nu își îndeplinește obligațiile contractuale și nu notifică schimbarea adresei de corespondență Asigurătorului, corespondența se consideră a fi primită la data la care acest document a fost returnat Asigurătorului ca fiind nelivrabil/expirat termenul de păstrare.

Datoriile pecuniare ale părților se consideră a fi achitate la data la care a fost creditat contul părții care primește plata cu suma care îi este datorată.

Toate cheltuielile, taxele și impozitele aferente Asigurării se plătesc în conformitate cu legislația română în vigoare.

Contractul de Asigurare este reglementat de legislația română în vigoare.

Asigurătorul este responsabil pentru conformitatea prezentelor Condiții de Asigurare cu legislația aplicabilă în vigoare. Orice nelămurire/reclamație a Persoanei Asigurate cu privire la interpretarea sau executarea prezentului Contract de Asigurare se va adresa Asigurătorului, care este obligat să răspundă în termenul prevăzut de legislația în vigoare, calculat de la data recepționării reclamației/cererii.

Forța majoră apără de răspundere partea care o invocă și se comunică celeilalte părți contractante în termen de 5 zile; în următoarele 15 zile trebuie transmise documentele eliberate de Camera de Comerț și Industrie competentă care să ateste evenimentele respective. Părțile vor face toate eforturile posibile pentru a asigura reluarea îndeplinirii normale a obligațiilor respective care le revin în cadrul prezentului Contract de Asigurare după producerea oricăruia din cazurile de forță majoră. Înainte de restabilirea situației normale, obligațiile părților vor fi îndeplinite în cea mai mare măsură posibilă.

Termenul de prescripție stabilit prin normele legale în vigoare aferent oricăror drepturi rezultate din prezentul contract de asigurare este de 2 (doi) ani (în raporturile de asigurare) și va fi calculat începând cu data producerii Evenimentului Asigurat așa cum este definit în prezentul document.

Contractul de asigurare nu beneficiază de bonusuri, participare la profit sau de suma asigurată redusă și nu este una de tip unit linked sau de anuități care sunt legate de fonduri de investiții.

Persoana Asigurată este de acord ca orice modificare a datelor de identificare ale Societății de asigurare, cum ar fi, dar nelimitat la, denumire, forma juridică, sediul social, telefon sau orice alte date de identificare, să fie aduse la cunoștința acestuia prin menționarea acestora pe pagina de web a Asigurătorului ([www.ergo.ro](http://www.ergo.ro)).

## 12. Litigii

Orice litigiu în legătură cu prevederile Contractului de Asigurare va fi soluționat pe cale amiabilă. Dacă soluționarea amiabilă nu va fi posibilă, litigiul va fi soluționat de instanțele judecătorești competente din România.

Orice petiție privitoare la acest produs de asigurare va fi făcută în scris și transmisă prin fax, e-mail sau scrisoare, către Societatea de asigurare ori prin intermediul aplicației de "Petiții" de pe site-ul [www.ergo.ro](http://www.ergo.ro). Petiția trebuie să conțină cel puțin următoarele date de identificare: numele/ prenumele și CNP-ul asiguratului/potentului. ERGO Asigurări de Viață SA va răspunde potentului, în scris, în termen de 30 zile de la data înregistrării petiției.

## 13. Informații generale privind deducerile prevăzute de legislația fiscală aplicabilă contractelor de asigurare

Deducerile fiscale aplicabile Contractului de Asigurare sunt cele prevăzute de legislația în vigoare.

**14. Fondul de Garantare:** În conformitate cu prevederile Art. 60 din Legea nr. 136/1995 privind asigurările și reasigurările în România, modificată și completată, în cazul în care Societatea de asigurare se află în stare de insolvență, sumele pretinse cu titlu de creanțe din asigurări vor fi acoperite din Fondul de Garantare (constituit și administrat de Autoritatea de Supraveghere Financiară) destinat protejării asiguraților, beneficiarilor asigurării, precum și terțelor persoane păgubite.