

INFORMAȚII PRECONTRACTUALE PRIVIND ASIGURAREA ING CREDIT PROTECT/ TERMENII ȘI CONDIȚIILE DE ASIGURARE ING CREDIT PROTECT

1. EVENIMENTE (RISCURI) ASIGURATE

Asigurarea oferă protecție în cazul producerii următoarelor evenimente:

- **Deces din accident sau îmbolnăvire**
- **Incapacitate temporară de muncă (ITM)**
- **Pierderea involuntară a locului de muncă (PILM) sau Spitalizare ca urmare a unui accident**

Clasa în care sunt încadrate acoperirile este C1, conform Legii 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare.

2. CONDIȚII DE ELIGIBILITATE PENTRU INTRAREA ÎN ASIGURARE

2.1. Sunt eligibile pentru toate riscurile incluse în Asigurare, persoanele fizice care la data semnării Cererii de aderare:

- a. conform Cererii de aderare ce conține declarația de sănătate, semnată, au o stare de sănătate bună, nu suferă și nu au suferit vreodată de afecțiuni cronice, nu sunt în incapacitate temporară de muncă și nu au fost în ultimele 12 luni în incapacitate temporară de muncă pe o perioadă mai mare de 30 de zile consecutive și îndeplinesc condițiile de eligibilitate specifice fiecărui Eveniment asigurat;
- b. au vârsta de minim 18 ani și nu au împlinit 69 ani;
- c. nu dețin o pensie de invaliditate, la data încheierii contractului de asigurare.

2.2. Sunt eligibile pentru acoperirea evenimentului de Pierdere involuntară a locului de muncă, persoanele fizice care mai îndeplinesc și următoarele condiții de eligibilitate:

- a. la data semnării Cererii de aderare, are statut de angajat în baza unui contract individual de muncă încheiat pe o durată nedeterminată, fără întreruperi mai mari de 30 de zile consecutive în ultimele 12 luni, iar vechimea la ultimul angajator trebuie să fie de minim 6 luni consecutive anterior datei de aderare la Asigurare;
- b. în cazul persoanelor care au încheiat un contract individual de muncă pe perioadă determinată este necesar ca perioada contractului individual de muncă să acopere durata Creditului solicitat și/sau există promisiune de reînnoire a contractului din partea angajatorului;
- c. nu face obiectul nici unei proceduri de concediere (individuală/colectivă), nu a transmis în ultimele 3 luni și nu a primit din partea angajatorului o propunere de încetare a relațiilor de muncă prin acordul părților.

2.3. Sunt eligibile pentru acoperirea evenimentului de Deces din Accident sau Îmbolnăvire, Incapacitate temporară de muncă și Spitalizare din accident:

2.3.1. persoanele fizice care dețin o pensie pentru limita de vârstă, o pensie anticipată sau o pensie anticipată parțial și care mai îndeplinesc și următoarele condiții de eligibilitate:

- a. În cazul persoanelor fizice care dețin o pensie pentru limita de vârstă, în conformitate cu legislația în vigoare privind sistemul unitar de pensii publice, pentru a fi eligibili trebuie să facă dovada obținerii de venituri salariale suplimentare veniturilor din pensie.
- b. În cazul persoanelor fizice care dețin o pensie anticipată sau o pensie anticipată parțial, în conformitate cu legislația privind sistemul unitar de pensii publice, trebuie să facă dovada prestării de activități independente producătoare de venituri conform Codului Fiscal și deținerii unui contract de asigurare pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate, în conformitate cu legislația privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate¹.

2.3.2. persoanele fizice autorizate (PFA) care desfășoară activități economice și realizează venituri altele decât cele salariale, persoanele care exercită profesii liberale, persoanele care înregistrează venituri din drepturi de proprietate intelectuală, navigatorii, cenzorii/administratorii, persoanele ce obțin venituri din rente viagere, chirii, dividende, contracte de colaborare.

¹ Se va avea în vedere legislația în vigoare la momentul respectiv.

2.4. În cazul în care persoana fizică deține o pensie pentru limita de vârstă sau o pensie anticipată sau o pensie anticipată parțial (fără să obțină suplimentar venituri salariale/venituri din activități independente) va beneficia doar de evenimentele asigurate definite Deces din Accident sau Îmbolnăvire și Spitalizare din accident, în conformitate cu prezentele condiții de asigurare.

Asigurat	Evenimente acoperite			
	Deces din accident sau îmbolnăvire	Incapacitate temporară de muncă	Pierderea involuntară a locului de muncă	Spitalizare din accident
Salariat (contract pe perioadă determinată/nedeterminată)	√	√	√	
Non-salariat	√	√		√
Pensionar	√	√ (În cazul în care obține venituri salariale /venituri din activități independente)		√

3. PĂRȚILE CONTRACTANTE ALE ASIGURĂRII

Asigurător: NN Asigurări de Viață S.A., Str. Costache Negri nr.1-5, Sector 5, București 050552, telefon 021 9464, înregistrată la Registrul Comerțului sub nr. J40/475/1997; CUI 9100488; înregistrată ca operator de date cu caracter personal cu numărul 160, autorizată de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor "C.S.A." (în prezent "ASF") în baza Deciziei nr. 36/20.11.2001, înscrisă în Registrul Asigurătorilor sub cod: RA- 12/10.04.2003;

Contractant: ING Bank N.V. Amsterdam – Sucursala București, cu sediul social în mun. București, B-dul Iancu de Hunedoara, Nr. 48, Sector 1, înregistrată la Registrul Comerțului de pe lângă Tribunalul București sub nr. J40/16100/1994, cod de înregistrare fiscală RO 6151100, număr de înregistrare în Registrul Instituțiilor de Credit RB-PJS-40-024/18.02.1999, denumită în continuare "ING Bank";

Broker: Amsterdam Broker de Asigurare S.R.L. cu sediul social în B-dul Iancu de Hunedoara, nr. 48, etaj 7, Birou Amsterdam Broker, Sector 1, București, România, înregistrată la Oficiul Național al Registrului Comerțului cu nr. J40/8283/2006, C.U.I. 18692940, autorizată să funcționeze de C.S.A (în prezent "ASF"). în baza deciziei nr. 114.374/18.08.2006, înmatriculată în Registrul Brokerilor cu nr. RBK-359/18.08.2006;

Asiguratul: Persoană fizică care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- a încheiat cu Contractantul un contract de credit pentru un credit ING Personal;
- îndeplinește condițiile de eligibilitate pentru intrarea în asigurare;
- plătește primele de asigurare.

Beneficiarul Asigurării: ING Bank N.V. Amsterdam – Sucursala București, desemnat cu acordul scris al Asiguratului.

4. CARACTERISTICILE ASIGURĂRII

Asigurarea poate fi atașată creditelor noi, iar valabilitatea teritorială a Asigurării este limitată pe teritoriul României, cu excepția Riscului de Deces care este acoperit în întreaga lume, fără restricții.

5. CÂND ÎNCEPE ȘI CÂND SE TERMINĂ ACOPERIREA RISCURILOR INCLUSE ÎN ASIGURARE?

Perioada de acoperire a riscurilor începe la ora 00.00 a zilei calendaristice imediat următoare datei semnării Cererii de aderare. În cazul în care evenimentul asigurat survine între data semnării Cererii și data scadentă a primei de asigurare, prima de asigurare se va deduce din cuantumului indemnizației de asigurare.

Sub rezerva achitării Primei de Asigurare și a îndeplinirii celorlalte condiții prevăzute în Termenii și Condițiile de Asigurare, acoperirea pentru fiecare Asigurat se menține pe o durată egală cu Durata rămasă a Creditului.

Perioada de acoperire a riscurilor asigurate încetează în oricare din următoarele situații, fără niciun fel de obligație financiară din partea Asiguratorului și fără a percepe penalități:

- a. la data rambursării integrale a Creditului la termen sau anticipat;
- b. în cazul declarării Creditului scadent anticipat;
- c. la data la care Asiguratul împlinește vârsta de 70 de ani;
- d. prin renunțarea unilaterală din partea Asiguratului, ca urmare a transmiterii către Asigurator a unei notificări scrise în acest sens. Asigurarea va înceta la ora 00.00 a primei zile lucrătoare ulterioare următoarei date scadente a Primei de Asigurare;
- e. prin renunțarea unilaterală din partea Asiguratorului, ca urmare a transmiterii către Asigurat, cu 30 de zile calendaristice înainte de data rezilierii, a unei notificări scrise;
- f. acoperirea riscului pentru Incapacitate temporară de muncă, Pierderea involuntară a locului de muncă sau Spitalizare ca urmare a unui accident încetează la data atingerii maximumului Indemnizației de Asigurare;
- g. la data decesului Asiguratului;
- h. în cazul în care Asiguratul nu acceptă noile Termeni și Condiții de Asigurare, dacă este cazul;
- i. în cazul oricărei acțiuni sau inacțiuni a Asiguratului prin care se încalcă obligațiile contractuale sau legale cu intenția de a obține un folos necuvenit sau de a crea prejudicii de orice natură fie Asiguratorului, fie unui terț;
- j. în cazul Asiguraților incluși pe lista persoanelor urmărite penal pentru folosirea intenționată a unor mijloace capabile să producă un pericol comun (participarea Asiguratului la organizarea și/sau comiterea de acte de terorism);
- k. prin acordul scris al Părților contractante;
- l. prin alte modalități conform legii.

6. INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE

	Deces din accident sau îmbolnăvire	Incapacitate temporară de muncă	Pierderea involuntară a locului de muncă	Spitalizare din accident
Indemnizația de asigurare	100% din soldul creditului, valabil la data scadență anterioară datei decesului	Rata lunară de plată a creditului	Rata lunară de plată a creditului	Rata lunară de plată a creditului
Limitare indemnizație	Maxim 90.000 lei	Maxim 6/9 rate per eveniment Maxim 18 rate per contract Valoarea maxima a unei rate fiind de 4.500 lei	Maxim 6 rate per eveniment Maxim 18 rate per contract Valoarea maxima a unei rate fiind de 4.500 lei	Maxim 1 rata per eveniment Maxim 2 rate per contract Valoarea maxima a unei rate fiind de 4.500 lei
Perioada de excludere	Nu se aplică	Nu se aplică	60 de zile de la data intrării în asigurare	Nu se aplică
Perioada de așteptare	Nu se aplică	30 de zile de la data producerii evenimentului asigurat	60 de zile de la data producerii evenimentului asigurat	3 zile de la data producerii evenimentului asigurat

Tabelul de mai sus conține un sumar al informațiilor cuprinse în capitolul Indemnizația de Asigurare. Asiguratului i se aplică prevederile complete, descrise în continuare în cuprinsul capitolului.

A. Indemnizația de asigurare în cazul Decesului din Accident sau Îmbolnăvire

În cazul în care, pe perioada de valabilitate a Asigurării, are loc decesul Asiguratului ca urmare a unui accident sau a îmbolnăvirii, Asiguratorul va plăti Beneficiarului Indemnizația de Asigurare, în conformitate cu condițiile de asigurare, după primirea și analizarea documentelor necesare.

În ce constă Indemnizația de Asigurare?

În acest caz, reprezintă 100% din soldul creditului, valabil la data scadentă anterioară datei decesului dar nu mai mult de 90.000 lei. Se consideră data decesului ca fiind data la care acesta survine și este înscrisă ca atare în documentele doveditoare.

B. Incapacitate temporară de muncă (ITM)

În cazul în care pe perioada de valabilitate a Asigurării, Asiguratul se află în Incapacitate temporară de muncă cauzată de o îmbolnăvire sau accident și beneficiază de concediu medical, Asigurătorul va plăti Beneficiarului desemnat Indemnizația de Asigurare, în conformitate cu condițiile de asigurare, după primirea și analizarea documentelor necesare.

Ce reprezintă Incapacitatea temporară de muncă?

Incapacitatea totală și temporară a Asiguratului, ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri, constatată de către medic, care îl împiedică să efectueze o activitate profesională lucrativă, să exercite o profesie liberală, sau să înregistreze venituri din drepturi de proprietate intelectuală, navigatorii, cenzorii/administratorii, persoanele ce obțin venituri din rente viagere, chirii, dividende, contracte de colaborare, cu condiția ca, până în prima zi de întrerupere a activității, Asiguratul să fi efectuat asemenea activități profesionale generatoare de venituri.

În ce constă Indemnizația de Asigurare?

Indemnizația de asigurare reprezintă Rata lunară de plată conform Contractului de Credit. Asigurătorul va plăti:

- maxim 6 (șase) Rate per Eveniment asigurat pentru persoanele fizice care înregistrează venituri salariale;
- maxim 9 (nouă) Rate per Eveniment asigurat pentru persoanele fizice autorizate să desfășoare activități economice care realizează venituri altele decât cele salariale și pentru care Asiguratul nu mai beneficiază de plata unei alte indemnizații de asigurare aferentă unui alt eveniment notificat anterior;
- maxim 18 (optsprezece) Rate însumate per Asigurare atașată unui contract de Credit indiferent de natura veniturilor Asiguratului.

Valoarea maximă a Ratei lunare de credit este de 4.500 Lei, indiferent de cuantumul real al Ratei. Diferența între valoarea reală a Ratei și maximumul de 4.500 Lei va fi suportată de către Asigurat.

În situația în care Asiguratul beneficiază de plata unei alte indemnizații de asigurare aferentă unui alt eveniment notificat anterior, în conformitate cu prezentele condiții de asigurare, indemnizația de asigurare pentru ITM nu se va plăti de către Asigurător; Asigurătorul va începe să efectueze plata indemnizației de asigurare pentru ITM în momentul în care obligația de plată a indemnizației aferente evenimentului anterior notificat a încetat și sunt îndeplinite condițiile de continuare a plății pentru evenimentul de ITM.

În ce condiții se acordă Indemnizația de Asigurare?

Indemnizația de Asigurare se va plăti începând cu a 31-a zi de la data încadrării în ITM și doar în situația în care ITM se manifestă fără întrerupere timp de 30 de zile calendaristice (Perioada de așteptare).

Plata Indemnizației de asigurare se va efectua astfel:

- Asigurătorul va plăti Rata lunară de credit aferentă scadenței ulterioare încheierii Perioadei de așteptare dacă Asiguratul s-a aflat în ITM cel puțin 31 de zile consecutive;
- După această primă plată, Asigurătorul va plăti Rata lunară de credit scadentă în fiecare lună doar în situația în care Asiguratul s-a aflat în ITM la data scadenței respectivei Rate lunare de credit. Asigurătorul va continua plata lunară a Indemnizației de asigurare, în limita stabilită per eveniment, pe risc asigurat și pe contract sub rezerva transmiterii documentelor solicitate de Asigurător.

Dacă Asiguratul intră din nou în ITM ca urmare a revenirii afecțiunilor medicale datorate bolii sau accidentului care au determinat ITM inițială, într-o perioadă de maxim 60 de zile calendaristice de la data încetării ITM inițiale, această nouă Incapacitate temporară de muncă este considerată o continuare a Incapacității temporare de muncă inițiale și Indemnizația de Asigurare se va plăti fără a se mai aplica o nouă Perioadă de Așteptare. Dacă această nouă Incapacitate Temporară de Muncă survine după trecerea a 60 de zile de la data încheierii Incapacității Temporare de Muncă inițiale, pentru care Asigurătorul a acordat deja indemnizația, această nouă

Incapacitate temporară de muncă este considerată un nou Eveniment Asigurat, iar Asigurătorul va acorda Indemnizația de Asigurare cu aplicarea unei noi Perioade de Așteptare.

Când nu se mai acordă Indemnizația de Asigurare?

Plata Indemnizației de Asigurare va înceta la prima dintre următoarele date:

- când plata indemnizației de asigurare nu mai este justificată din punct de vedere medical, adică Asiguratul nu mai beneficiază de concediu medical;
- când Asiguratul nu mai pune la dispoziția Asigurătorului copia concediului medical eliberat de medicul specialist/medicul de familie. Acest document va fi pus la dispoziția Asigurătorului lunar pentru a dovedi persistența Incapacității temporare de muncă;
- în cazul decesului Asiguratului;
- în cazul în care Asiguratul se pensionează (chiar și anticipat) și nu mai deține suplimentar venituri salariale sau din activități independente;
- când Soldul creditului pe baza căruia se calculează Ratele lunare devine 0 (zero);
- când se atinge cuantumul maxim de plată a Indemnizației de Asigurare pentru ITM per eveniment sau per Asigurare.

C. Pierderea involuntară a locului de muncă (PILM)

În cazul în care pe perioada de valabilitate a Asigurării, Asiguratului îi încetează contractul de muncă din motive neimputabile acestuia devenind Șomer, Asigurătorul va plăti Beneficiarului desemnat Indemnizația de Asigurare, în conformitate cu condițiile de asigurare, după primirea și analizarea documentelor necesare.

În ce constă Indemnizația de Asigurare?

Indemnizația de asigurare reprezintă Rata lunară de credit conform Contractului de Credit. Asigurătorul va plăti:

- maxim 6 (șase) Rate per Eveniment asigurat;
- maxim 18 (optsprezece) Rate însumate per Asigurare.

Valoarea maximă a Ratei lunare de credit este de 4.500 Lei, indiferent de cuantumul real al Ratei. Diferența între valoarea reală a Ratei și maximumul de 4.500 Lei va fi suportată de către Asigurat.

În ce condiții se acordă Indemnizația de asigurare?

Dreptul la Indemnizația de Asigurare pentru Pierderea involuntară a locului de muncă al Asiguratului se naște dacă pierderea locului de muncă intervine după expirarea Perioadei de Excludere (60 de zile) și dacă Pierderea locului de muncă al Asiguratului durează fără întrerupere pe parcursul Perioadei de Așteptare (60 de zile) și Persoana asigurată transmite dovada calității de Șomer, în conformitate cu prezentele condiții de asigurare.

Plata Indemnizației de asigurare se va efectua astfel:

- Asigurătorul va plăti Rata lunară de credit aferentă scadenței ulterioare încheierii Perioadei de așteptare dacă Asiguratul prezintă carnetul de șomer vizat pe luna respectivă sau un alt document emis de AJOFM, care atestă calitatea de șomer indemnizat din luna respectivă.
- După această primă plată, Asigurătorul va plăti Rata lunară de credit scadentă în fiecare lună doar în situația în care Asiguratul transmite documentele care atestă încasarea indemnizației de șomaj pentru fiecare lună. Asigurătorul va continua plata lunară a Indemnizației de asigurare, în limita stabilită per eveniment, per risc asigurat și per contract, sub rezerva transmiterii documentelor doveditoare solicitate de Asigurător.
- În cazul în care evenimentul PILM este suspendat de evenimentul ITM, Asigurătorul va continua plata ratei lunare de credit scadentă, cu condiția transmiterii documentelor justificative aferente evenimentului ITM de către asigurat, în limita stabilită pentru evenimentul PILM, per risc asigurat și per contract.

În situația în care Asiguratul beneficiază de plata unei alte indemnizații de asigurare aferentă unui alt eveniment notificat anterior, în conformitate cu prezentele condiții de asigurare, indemnizația de asigurare pentru PILM nu se va mai plăti de către Asigurător; Asigurătorul va începe să efectueze plata indemnizației de asigurare pentru PILM în momentul în care obligația de plată a indemnizației aferente evenimentului anterior notificat a încetat și sunt îndeplinite condițiile de continuare a plății pentru evenimentul de PILM.

Dacă Asigurătorul plătește o Indemnizație de Asigurare aferentă unui sau mai multor Evenimente Asigurate cauzate de Pierderea involuntară a locului de muncă al Asiguratului, a cărei valoare totală depășește 6 Totaluri lunare de plată, Asiguratul va fi îndreptățit la o nouă Indemnizație de Asigurare aferentă acestui Eveniment Asigurat după expirarea unei perioade de 6 luni de la data plății celui de-al 6-lea total lunar de plată de către Asigurător.

Când nu se mai acordă Indemnizația de Asigurare?

Indemnizația de asigurare nu este datorată Asiguratului în cazul în care acesta intră în PILM în primele 60 de zile calendaristice de la începerea Asigurării (Perioada de excludere).

Plata Indemnizației de Asigurare va înceta la prima dintre următoarele date:

- la data pensionării indiferent de tipul de pensie pentru care devine eligibil;
- în cazul decesului Asiguratului;
- în cazul în care Asiguratul nu mai îndeplinește/dovedește calitatea de Șomer;
- când Asiguratul nu mai pune la dispoziția Asigurătorului dovada calității de Șomer indemnizat. Aceasta dovadă a calității de Șomer a Asiguratului va fi pusă la dispoziția Asigurătorului lunar pentru a dovedi persistența PILM;
- atunci când Soldul creditului pe baza căruia se calculează Ratele lunare devine 0 (zero);
- când se atinge cuantumul maxim de plată a Indemnizației de Asigurare pentru PILM, per eveniment sau per Asigurare.

D. Spitalizare ca urmare a unui accident

În cazul în care pe perioada de valabilitate a Asigurării, Asiguratul care nu îndeplinește condițiile de eligibilitate pentru acoperirea riscului de Pierdere involuntară a locului de muncă, dar are calitatea de pensionar sau este persoană fizică autorizată să desfășoare activități economice realizând venituri altele decât cele salariale, persoană care exercită profesii liberale, persoană care înregistrează venituri din drepturi de proprietate intelectuală, navigator, cenzor/administrator, persoana ce obține venituri din rente viagere, chirii, dividende, contracte de colaborare necesită spitalizare ca urmare directă și nemijlocită a unui accident, Asigurătorul va plăti Beneficiarului desemnat Indemnizația de Asigurare, în conformitate cu condițiile de asigurare, după primirea și analizarea documentelor necesare.

În ce constă Indemnizația de Asigurare?

Indemnizația de asigurare reprezintă Rata lunară de credit conform Contractului de Credit. Asigurătorul va plăti Rata lunară de plată scadentă după încheierea Perioadei de așteptare (3 zile) de la data producerii Evenimentului Asigurat.

Fiecare Spitalizare ca urmare a unui anumit Accident este considerată un Eveniment Asigurat separat, de sine stătător. Dacă o Persoană Asigurată este victima a două Accidente care se soldează cu două cazuri de Spitalizare, acestea vor fi considerate două Evenimente Asigurate distincte.

În cazul producerii a două sau mai multe evenimente de Spitalizare ca urmare a unui accident în decursul aceleiași luni calendaristice, Asigurătorul va plăti o singură Rată lunară de plată scadentă după încheierea Perioadei de așteptare.

Asigurătorul va plăti:

- ✓ o singură Rată lunară per eveniment;
- ✓ maxim 2 (două) Rate lunare per Asigurare.

Valoarea maximă a Ratei lunare de credit acoperită în caz de Spitalizare ca urmare a unui accident este de 4.500 Lei, indiferent de cuantumul real al Ratei. Diferența între valoarea reală a Ratei și maximul de 4.500 Lei va fi suportată de către Asigurat.

În ce condiții se acordă Indemnizația de asigurare?

Dreptul la Indemnizația de asigurare pentru Spitalizare ca urmare a unui accident se naște dacă spitalizarea Asiguratului durează fără întreruperi pe parcursul a 3 zile consecutive (Perioada de Așteptare).

Asigurătorul va plăti Rata lunară de credit aferentă scadenței ulterioare încheierii Perioadei de așteptare dacă Asiguratul a fost spitalizat cel puțin 3 zile consecutive. În situația în care Asiguratul beneficiază de plata unei alte indemnizații de asigurare aferentă unui alt eveniment notificat anterior, în conformitate cu prezentele condiții de asigurare, indemnizația de Asigurare pentru **Spitalizare ca urmare a unui accident** nu se va mai plăti de către Asigurător; Asigurătorul va începe să efectueze plata indemnizației de asigurare pentru **Spitalizare ca urmare a unui accident** în momentul în care obligația de plată a indemnizației aferente evenimentului anterior notificat a încetat și sunt îndeplinite condițiile de plată a indemnizației aferente evenimentului de **Spitalizare ca urmare a unui accident**.

Când nu se mai acordă Indemnizația de Asigurare?

Plata Indemnizației de Asigurare va înceta la prima dintre următoarele date:

- în cazul decesului Asiguratului;
- în cazul în care situația care a condus la spitalizarea Asiguratului nu a fost direct generată de un accident;
- în cazul în care situația care a condus la spitalizarea Asiguratului a fost cauzată direct de un accident care s-a petrecut anterior sau ca urmare a unei afecțiuni pre-existente datei de intrare în asigurare;
- în cazul în care nu mai este necesară spitalizarea Asiguratului;
- atunci când Soldul creditului pe baza căruia se calculează Ratele lunare devine 0 (zero);
- când se atinge cuantumul maxim de plata a Indemnizației de Asigurare pentru Spitalizare ca urmare a unui accident .

7. DOCUMENTELE NECESARE PENTRU PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

În cazul producerii unuia din Evenimentele asigurate, Asiguratul trebuie să prezinte Asigurătorului următoarele documente:

- formularul “Notificarea Evenimentului Asigurat”, completat și semnat de Asigurat sau de reprezentantul acestuia (împreună cu documentul care dovedește reprezentarea);
- copia Contractului de credit;
- copia certificatului de asigurare și a cererii de aderare;
- copia graficului de rambursare actual;
- copia actului de identitate al Asiguratului.

Pe lângă documentele menționate, în funcție de Evenimentul Asigurat sunt necesare copii ale următoarelor documente, stabilite în funcție de evenimentul notificat:

Deces din îmbolnăvire sau accident

- Fișa medicală a Asiguratului sau o adeverință semnată de către medicul de familie, din care să reiasă istoricul medical la momentul aderării la asigurare;
- Certificatul de deces;
- Certificatul medical constatator al decesului emis de un medic sau o autoritate competentă;
- Documentul care atestă rezultatul final al anchetei Poliției, dacă este cazul;
- Certificatul de analiză toxicologică a Asiguratului în cazul în care aceasta a fost impusă prin lege.

Incapacitate temporară de muncă

- Fișa medicală sau adeverința medicală, din care să reiasă data fiecărui diagnostic stabilit anterior aderării la asigurare;
- Certificatul de concediu medical care atestă Incapacitatea temporară de muncă, eliberat de un medic de specialitate sau de o unitate sanitară acreditată potrivit legislației în vigoare, în care să fie menționat diagnosticul și perioada;
- Documentul medical emis de medicul primar sau de către medicul specialist prin care se atestă perioada de Incapacitate temporară de muncă (pentru pensionari și pentru persoane fizice autorizate);
- Biletul de ieșire din spital (dacă este cazul);

- Copia procesului verbal de la locul accidentului/alte documente de la organele statului competente de a stabili cauzele și împrejurările care au dus la producerea accidentului, dacă aceasta s-a datorat unui accident rutier/de muncă;
- O declarație pe propria răspundere a persoanei asigurate, din care să rezulte circumstanțele și împrejurările producerii accidentului, în cazul în care aceasta a fost implicată într-un alt fel de accident decât rutier/de muncă;
- Adeverința eliberată de angajator, din care să reiasă statutul de angajat (pentru Asigurații care au acest statut);
- Dovada deținerii unui contract de asigurare pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate, în conformitate cu legislația în vigoare privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate de către persoanele care dețin o pensie anticipată sau o pensie anticipată parțial;
- Adeverința eliberată de ANAF sau de autoritatea competentă, din care să reiasă statutul socio-profesional înregistrat sau dovada prestării de activități independente producătoare de venituri.

În situația în care Asigurătorul nu primește lunar certificatul medical/documentul medical emis de medicul primar sau de către medicul specialist prin care se atestă perioada de Incapacitate temporară de muncă, nu va efectua plata Indemnizației de Asigurare pentru luna în care nu s-a recepționat acest document. Reluarea plății indemnizației este condiționată de primirea tuturor copiilor certificatelor de concediu medical eliberate de medicul autorizat.

Pierderea involuntară a locului de muncă

- Decizia de concediere sau adeverința eliberată de ultimul angajator, care atestă încetarea contractului de muncă;
- Decizia/Dispoziția AJOFM de acordare a indemnizației de șomaj;
- Adeverința eliberată de angajator/Inspectoratul Teritorial de Muncă în conformitate cu legislația în vigoare privind întocmirea și completarea registrului general de evidență a salariaților care să ateste vechimea în muncă;
- Carnetul de șomer vizat și ștampilat lunar de Agenția pentru Ocuparea Forței de muncă/cuponul șomaj/adeverința eliberată de Agenția pentru Ocuparea Forței de muncă, care să ateste încasarea lunară a indemnizației de șomaj.
- Certificatul de concediu medical care atestă Incapacitatea temporară de muncă, eliberat de un medic de specialitate sau de o unitate sanitară acreditată potrivit legislației în vigoare, în care să fie menționat diagnosticul și perioada în cazul în care evenimentul de PILM este suspendat;

În situația în care Asigurătorul nu primește lunar adeverința de plată a indemnizației de șomaj sau carnetul de evidență al șomerului, va suspenda plata Indemnizației de Asigurare pentru luna în care nu s-a recepționat acest document. Reluarea plății indemnizației este condiționată de primirea tuturor adeverințelor de plată a indemnizației de șomaj, eliberate de către AJOFM.

Spitalizarea ca urmare a unui accident

- Copia procesului verbal de la locul accidentului/alte documente de la organele statului competente de a stabili cauzele și împrejurările care au dus la spitalizarea persoanei asigurate, dacă aceasta s-a datorat unui accident rutier / de muncă; O declarație pe propria răspundere a persoanei asigurate, din care să rezulte circumstanțele și împrejurările producerii accidentului, în cazul în care aceasta a fost implicată într-un alt fel de accident decât rutier/ de muncă;
- Biletul de ieșire din spital;
- Cuponul de pensionar sau orice alt document care dovedește că persoana asigurată are statut de pensionar pentru limită de vârstă (dacă este cazul) sau că deține o pensie anticipată sau o pensie anticipată parțial;
- Adeverința eliberată de ANAF sau de autoritatea competentă, din care să reiasă statutul socio-profesional înregistrat;
- Certificatul de analiză toxicologică a Asiguratului în cazul în care aceasta a fost impusă prin lege.

Indemnizația de Asigurare se plătește în termen de 30 de zile calendaristice de la data prezentării ultimului document solicitat Asiguratului. Toate costurile asociate obținerii și transmiterii documentelor cerute de către Asigurător revin Asiguratului sau moștenitorilor legali/testamentari ai acestuia, după caz.

În caz de dubiu, obligația de a demonstra că respectivul Eveniment Asigurat a intervenit conform celor declarate revine Asiguratului/ moștenitorii legali/testamentari.

Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita Asiguratului alte documente pe care acesta le consideră necesare, de a examina faptele pe cont propriu și de a solicita acestuia să fie supus unei verificări sau examinări medicale suplimentare considerate necesare pentru stabilirea obligației sale de a furniza indemnizația respectivă.

8. CE NU SE ACOPERĂ PRIN ASIGURARE

Asigurătorul nu va plăti Indemnizația de Asigurare pentru oricare din riscurile acoperite prin Asigurare, dacă Evenimentul Asigurat a fost cauzat de:

- orice formă de război, invazie, ostilitate, război civil, rebeliune, revoltă, revoluție, mișcare socială, insurecție, dictatură militară sau uzurparea puterii, precum și participarea activă la acte de violență, participarea Asiguratului la organizarea și/sau comiterea de acte teroriste și sabotaje; explozii nucleare, radiații ionice, contaminarea radioactivă cu combustibil sau deșeuri nucleare; fuziune sau fisiune nucleară sau radioactivitate;
- manipularea armelor, a substanțelor explozive, inflamabile și/sau toxice, în lipsa unei calificări de specialitate corespunzătoare;
- suicid sau tentativă de suicid în primii doi ani de la intrarea în asigurare, auto-mutilarea sau orice acțiune voluntară a Asiguratului care conduce la apariția Evenimentului Asigurat;
- orice intervenție medicală realizată de o persoană nelicențiată/neautorizată;
- direct sau indirect de consum voluntar de alcool, alcoolism, hepatita etanolică, psihoză alcoolică (tulburare mentală cauzată de consumul de alcool), consumul voluntar de droguri, autointoxicarea sau consumul voluntar de medicamente, sedative, narcotice, tranchilizante fără prescripția unui medic autorizat sau aplicarea unor proceduri și tehnici de tratament fără indicația unui medic autorizat sau de o acțiune a Asiguratului sub influența celor menționate mai sus;
- orice accident de autovehicul produs în urma conducerii unui autovehicul fără permis de conducere valid sau având permis de conducere necorespunzător categoriei de autovehicul condus sau neraportat la organele de poliție;
- direct sau indirect de afecțiuni preexistente datei aderării la asigurare;
- participarea la acțiuni periculoase, sporturi sau activități de recreere care implică riscuri considerabile cum ar fi, cu titlu exemplificativ, dar fără a se limita la acestea: planorism, activități acrobatice, cascadorie, speologie, etc.;
- orice afecțiuni psihice și neurologice, cronice sau acute, și consecințele acestora directe;
- participarea activă și voluntară la acte violente, infracțiuni, delict, fapte penale;
- participarea și/sau practicarea de sporturi care implică/folosec aparate de zbor (cu sau fără motor), vehicule cu motor sau participarea unor animale (de exemplu, curse de cai, etc.), sporturi extreme, angajarea în curse de zbor (inclusiv în calitate de instructor de zbor), altele decât cele operate de companiile aeriene pentru pasageri; toate sporturile profesionale, încercarea de a atinge recorduri;
- nesolicitarea și nerespectarea tratamentului și a indicațiilor medicale, confirmate de evidențele medicale, imediat după un accident/îmbolnăvire;
- nefurnizarea de Asigurat/moștenitori către Asigurător a tuturor documentelor necesare soluționării dosarului de daună, în termen de maxim 30 de zile de la data producerii Evenimentului Asigurat sau de la data luării la cunoștință despre producerea Evenimentului Asigurat, dacă din acest motiv Asigurătorul nu va putea stabili cu certitudine circumstanțele apariției Evenimentului Asigurat;
- furnizarea de către Asigurat de declarații false sau informații incomplete. În măsura în care aceste declarații și informații sunt esențiale pentru buna derulare a Asigurării și caracterul fals sau incomplet al declarațiilor/informațiilor furnizate este descoperit de către Asigurător ulterior producerii Evenimentului Asigurat, Asigurătorul are dreptul de a refuza plata Indemnizației de Asigurare în cazul în care, dacă i-ar fi fost aduse la cunoștință împrejurările reale și complete privitoare la risc, nu ar fi permis includerea în Asigurare a Asiguratului.

Pe lângă excluderile menționate anterior, pentru fiecare eveniment asigurat vor fi aplicabile și următoarele **excluderi specifice**:

Incapacitate temporară de muncă

- Asiguratul se află în concediu de maternitate, concediu de îngrijire copil, concediu de studii, concediu fără plată sau alte concedii similare care nu se datorează unei boli sau unui accident;
- intervențiile chirurgicale sau tratamentul Asiguratului care nu sunt indispensabile din punct de vedere medical, cum ar fi, cu titlu exemplificativ, dar fără a se limita la acestea: operațiile estetice sau de înfrumusețare;
- dureri de spate sau alte tulburări suferite de către Asigurat, dacă nu există documentația medicală care să confirme existența unor afecțiuni (rezultate ale examinărilor, în formă de raze X, rezonanță electromagnetică sau tomografia computerizată).

Pierderea involuntară a locului de muncă

- în cazul în care Asiguratul devine șomer indemnizat în Perioada de excludere; pierderea locului de muncă în cazul în care intervine sau este comunicată Asiguratului de către angajator înainte datei începerii acoperirii prin Asigurare;
- pierderea locului de muncă care survine ca urmare a săvârșirii unor abateri disciplinare, cercetate de angajator în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- încetarea contractului de muncă atunci când survine la inițiativa Asiguratului sau prin acordul părților, cu excepția următoarelor cazuri:
 - ✓ demisia Asiguratului survine ca urmare a neplății salariilor sau compensațiilor salariale de către angajator timp de cel puțin trei luni calendaristice, caz în care acesta este obligat să demonstreze situația prin prezentarea demisiei înregistrate de angajator, inclusiv specificarea expresă a acestui motiv;
 - ✓ acordul părților de încetare a raportului de muncă intervine ca urmare a insolvenței declarate a angajatorului, urmată de începerea procedurii de lichidare judiciară/faliment.
- încetarea contractului de muncă atunci când survine în cursul sau la sfârșitul perioadei de probă;
- încetarea de drept a contractului de muncă încheiat pe o perioadă determinată;
- pensionarea anticipată a Asiguratului, până la data plății primei Indemnizații de Asigurare pentru Pierderea Involuntară a Locului de Muncă;
- pierderea involuntară a locului de muncă pentru care nu se plătește indemnizația de șomaj de către Agenția pentru Ocuparea Forței de Muncă;
- cadrele militare trecute în rezervă sau direct în retragere care au dreptul la pensie militară potrivit legii;
- absolvenții de studii superioare, doctorate și masterate care beneficiază de șomaj ca urmare a încetării studiilor;
- greve sau alte conflicte organizate de muncă sau orice alte asemenea acțiuni, declarate ilegale de către autoritățile competente;
- motive neimputabile Asiguratului, în cazul în care Asiguratul are calitatea de acționar al societății angajatoare sau de membru al organelor de conducere ale acesteia;
- Pierderea Involuntară a Locului de Muncă întreruptă în perioada de așteptare, cu excepția situațiilor în care este suspendată de apariția concediului medical (ITM).

Spitalizare ca urmare a unui accident

- orice Spitalizare ca urmare a unui accident care începe după mai mult de 90 de zile de la producerea Accidentului;
- orice Accident ce are drept cauze afecțiuni psihice și neurologice, cronice sau acute, diagnosticate de medic;
- orice Accident de autovehicul neraportat la organele de poliție/Inspectoratul Teritorial de Muncă (dacă este cazul).

9. PRIMA DE ASIGURARE

Suma lunară, în lei, plătită de Asigurat pe întreaga perioadă a existenței asigurării, în a 3-a zi calendaristică a fiecărei luni, prin debitarea contului indicat de Asigurat și creditarea contului colector al Contractantului. Primele de asigurare cumulate aparținând tuturor membrilor Grupului Asigurabil vor fi apoi achitate în contul

Asigurătorului. Prima de asigurare se calculează prin aplicarea (înmulțirea) Ratei de primă la Suma asigurată. Rata lunară de primă menționată și în Certificatul de asigurare este 0,138%.

Asiguratul are dreptul să renunțe la Asigurare, fără penalități și să primească înapoi valoarea primei plătite într-un termen de 30 de zile calendaristice calculate de la data primirii Certificatului de Asigurare (Perioada de renunțare).

10. PREVEDERI FINALE

10.1. Revizuirea Termenilor și Condițiilor de asigurare și/sau a Primei de asigurare

Asigurătorul are dreptul de a revizui/modifica Termenii și Condițiile de Asigurare, inclusiv valoarea Ratei de primă. În acest caz, Asigurătorul va notifica Asiguratul, în legătură cu schimbarea prin intermediul unei adrese scrise, email sau SMS cu 30 de zile calendaristice înainte ca modificarea să își producă efectul. În cazul în care Asiguratul nu este de acord cu modificările aduse asigurării, va notifica în termen de 10 zile calendaristice de la intrarea lor în vigoare, iar Asigurarea va înceta conform prevederilor Termenilor și Condițiilor de Asigurare.

În cazul în care Asiguratul nu notifică dezacordul privind modificările aduse Asigurării în termen de 10 zile calendaristice de la intrarea lor în vigoare, se consideră că acesta a acceptat tacit modificările, iar Asigurarea va continua cu noile condiții. În cazul în care Prima de asigurare sau alte specificații ale Asigurării urmează să fie modificate, Asigurătorul va comunica Asiguratului noile informații sub forma unui nou Certificat de Asigurare sau, după caz, unor noi Termeni și Condiții de Asigurare.

10.2. Reclamații și litigii

a. Reclamații

Orice reclamație transmisă de către Asigurat/moștenitorii săi legali/reprezentanții acestuia, după caz, cu privire la serviciile oferite de Asigurător/ Broker va fi soluționată pe cale amiabilă, prin formularea unei sesizări scrise la sediul Asigurătorului/ Brokerului sau pe adresa de email asigurari@nn.ro /broker@ing.ro. Această sesizare va fi analizată de către Departamentul Investigații și Reclamații în termen de maximum 30 de zile de la data primirii sale, urmând a se transmite un răspuns scris, punctual și argumentat către persoana care a formulat sesizarea. Aceasta nu afectează niciun drept legal al Asiguratului/moștenitorilor săi legali/reprezentanților acestuia, după caz, de a întreprinde acțiuni împotriva Asigurătorului. În cazul imposibilității rezolvării amiabile a reclamației, persoana interesată se va putea adresa cu o plângere Autorității de Supraveghere Financiară – Sectorul Asigurări-Reasigurări (www.asfromania.ro) sau Entității de soluționare alternativă a litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN, www.salfin.ro). SAL-FIN este singura entitate de soluționare alternativă a litigiilor în domeniul în care Autoritatea de Supraveghere Financiară (ASF) are competență, care organizează și administrează proceduri SAL prin care se propune sau impune, după caz, o soluție părților. Aceste demersuri nu îngrădesc însă dreptul de a sesiza instanțele judecătorești competente.

b. Litigii

Orice litigiu apărut în legătură cu serviciile de asigurare oferite va fi rezolvat pe cale amiabilă. În cazul în care nu s-a reușit stingerea conflictului pe cale amiabilă, competența revine instanțelor de judecată române.

10.3. Autorizarea Asigurătorului

Prin acceptarea Termenilor și Condițiilor de Asigurare, Asiguratul își dă consimțământul pentru:

- stabilirea și analizarea faptelor importante referitoare la pierderea locului de muncă și la intrarea în Șomaj;
- stabilirea și examinarea circumstanțelor producerii Evenimentului Asigurat.

În caz de Deces ca urmare a unui Accident al Asiguratului, prin acceptarea Termenilor și Condițiilor de Asigurare, Asiguratul va elibera de obligația de confidențialitate pe toți medicii care i-au examinat sănătatea și autoritățile abilitate care au constatat Accidentul, cu privire la acele informații confidențiale care sunt de natură a stabili cauza Decesului, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare.

Toate informațiile obținute de Asigurător pentru stabilirea stării de sănătate, respectiv circumstanțele producerii Accidentului pot fi utilizate doar pentru încheierea și gestionarea Asigurării, pentru alte scopuri fiind necesar consimțământul explicit al Asiguratului.

10.4. Informații incorecte și declarații false

Asigurătorul poate refuza acordarea Indemnizației de Asigurare conform Condițiilor de Asigurare dacă:

- va afla ulterior că Asiguratul a prezentat informații false, înșelătoare, incomplete sau incorecte pe care Asigurătorul le-a considerat importante pentru acceptarea în Asigurare, astfel încât, nu ar fi oferit Asigurarea persoanei respective în cazul în care ar fi cunoscut realitatea și exactitatea informațiilor prezentate;
- Asiguratul/reprezentanții legali ai acesteia, după caz, oferă în mod intenționat informații neadevărate sau în mare măsură distorsionate sau ascund(e) informații importante cu privire la circumstanțele producerii Evenimentului Asigurat.

10.5. Comunicări și notificări

Notificările Asigurătorului adresate Asiguratului (denumit în continuare „Destinatarul”) pot fi predate printr-un serviciu poștal la ultima adresă cunoscută, prin e-mail, SMS sau fax.

Destinatarii au obligația de a informa imediat Asigurătorul în cazul apariției oricărei schimbări în datele lor de contact.

Notificarea trimisă Destinatarului prin scrisoare va fi considerată primită în a zecea zi de la trimiterea notificării. Notificarea Asigurătorului trimisă Destinatarului prin scrisoare cu confirmare de primire va fi considerată primită la data specificată în confirmarea de primire. Orice notificare predată, conform regulamentului serviciilor poștale, unui adresant, altul decât Destinatarul (de exemplu, un membru al familiei care locuiește împreună cu Asiguratul), va fi considerată a fi primită de către Destinatar.

Toate informațiile, anunțurile sau cererile către Asigurător trebuie redactate în scris, în limba română, și transmise la sediul Asigurătorului din Str. Costache Negri nr. 1-5, 050552, București, Sector 5, România.

11. Dispoziții generale

a. Legislația aplicabilă

Asigurarea va fi supusă prevederilor legii române, în special Noul Cod Civil (art. 2.199 – 2.241), Legea nr. 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare și Legea nr. 32/2000 privind activitatea și supravegherea **intermediarilor în asigurări și reasigurări**, cu modificările și completările ulterioare.

b. Fondul de garantare

Asigurătorul plătește contribuția la Fondul de Garantare. În vederea protejării Asiguraților și Beneficiarilor Asigurării prin contribuția Asiguratorilor (inclusiv a NN Asigurări de Viață S.A.), s-a constituit Fondul de garantare conform Legii nr. 213/2015, ca persoană juridică de drept public. Organizarea și funcționarea Fondului se stabilesc prin statut propriu aprobat de către Consiliul Autorității de Supraveghere Financiară, la propunerea Consiliului de administrație al Fondului. Fondul, ca schemă de garantare în domeniul asigurărilor, are ca scop protejarea creditorilor de asigurări de consecințele insolvenței unui asigurator. Fondul garantează plata de indemnizații/despăgubiri rezultate din contractele de asigurare facultative și obligatorii, încheiate, în condițiile legii, în cazul falimentului unui asigurator, cu respectarea plafonului de garantare prevăzut în lege și în limita resurselor financiare disponibile la momentul plății. În cazul în care disponibilitățile Fondului nu sunt suficiente pentru acoperirea cuantumului sumelor cuvenite creditorilor de asigurări, creanțele acestora vor putea fi onorate pe măsura alimentării Fondului cu resursele financiare prevăzute de prezenta lege.

c. Informații privind deducerile prevăzute de legislația fiscală

În înțelesul prevederilor art. 42 lit. b din Codul Fiscal sumele încasate de persoane fizice din asigurări de orice fel reprezentând despăgubiri, sume asigurate, precum și alte drepturi sunt venituri neimpozabile, iar potrivit prevederilor art. 48 alin. 7 lit. d primele de asigurare suportate de persoana fizică nu sunt deductibile la stabilirea impozitului pe venit. Deductibilitatea contractelor de asigurare trebuie analizată în conformitate cu prevederile Codului Fiscal în vigoare, cu toate modificările și completările ulterioare, coroborate cu prevederile Normei metodologice de aplicare a Legii nr. 571/2003 privind Codul Fiscal, cu toate modificările și completările ulterioare.

d. Informații adiționale

Clientul are dreptul de a solicita și alte informații cu privire la Asigurare. Orice cerere de informații suplimentare poate fi adresată către Asigurator la datele de contact menționate mai sus.

e. Dreptul de răscumpărare și participare la profit

Prezența Asigurare nu este o asigurare cu posibilitatea de răscumpărare, astfel încât valoarea de răscumpărare este 0 (zero) în orice moment.

f. Protecția datelor cu caracter personal

Având în vedere prevederile Regulamentului general privind protecția datelor 679/2016, prin aderarea la Asigurarea de Grup, Clientul ia act că datele sale personale (inclusiv cele având funcție de identificare și cele de sănătate) sunt prelucrate de către Asigurător, care este Operator de date cu caracter personal 160 în scopul încheierii și executării asigurării în baza asigurării de grup

Totodată, potrivit Regulamentului, Clientului îi sunt recunoscute dreptul de acces, dreptul de rectificare, dreptul de ștergere sau dreptul la portabilitatea datelor, dreptul la restricționarea prelucrării, dreptul la opoziție, cu excepțiile prevăzute de prevederile legale, drepturi ce pot fi exercitate printr-o cerere scrisă transmisă la sediul Asigurătorului. Clientul a luat cunoștință că temeiul prelucrării este constituit din contractul de asigurare de grup și prevederile legale aplicabile.

Astfel, pentru a facilita desfășurarea activităților aflate în legătură cu contractul de asigurare de grup și în vederea îndeplinirii obligațiilor legale, Asigurătorul comunică aceste date către autorități publice, operatori, terți sau împuterniciții săi sau altor categorii de destinatari, așa cum sunt menționați pe www.nn.ro, în secțiunea Prelucrarea datelor.

În scop legal și contractual, Asigurătorul poate transfera aceste date în Uniunea Europeană pentru prevenirea fraudelor, ca urmare a transferului sistemului informatic de prelucrare și procesare a datelor referitoare la operațiunile de asigurări, reasigurare, analiză și raportare internă și în SUA în vederea transmiterii de chestionare care au drept scop îmbunătățirea serviciilor furnizate de NN (partenerul selectat în acest sens aderând la principiile Privacy Shields). Pentru a determina perioada pentru care vor fi prelucrate datele, sunt luate în calcul durata contractuală până la expirarea obligațiilor contractuale și termenele de arhivare. Clientul ia la cunoștință că Asigurătorul sau un alt operator desemnat de către acesta poate să îl contacteze direct, prin poștă, poștă electronică, SMS sau alte mijloace de comunicare la distanță, în scopurile sus menționate. Clientul a luat la cunoștință că, pentru a îmbunătăți calitatea serviciilor Asigurătorului, convorbirile telefonice pot fi înregistrate de Asigurător.

12. DEFINIȚII

Accident – Orice eveniment brusc, imprevizibil, violent, exterior Asiguratului, care se produce independent de voința acestuia, în mod direct și independent de orice îmbolnăvire fizică sau mintală, care determină leziuni fizice conducând la Decesul sau Incapacitatea temporară de muncă sau la internarea Persoanei Asigurate într-un spital ca pacient internat.

Cerere de aderare – Documentul semnat de către Asigurat conținând acordul acestuia de a subscrie la asigurare.

Credit/Credite – Creditul ING Personal

Data producerii Evenimentului asigurat – Deces - data înscrisă în Certificatul de deces; Incapacitate temporară de muncă - data documentului care atestă această stare; Pierdere involuntară a locului de muncă - data menționată ca atare în decizia de încetare a raportului de muncă cu ultimul angajator; Spitalizare ca urmare a unui accident – data menționată în documentul care atestă internarea în spital.

Data Acordării Creditului – Data la care Contractantul Asigurării pune la dispoziția Asiguratului Creditul aprobat.

Data scadentă a primei de asigurare - Data scadentă a ratei lunare de credit, data la care Asiguratul are obligația de a plăti Prima de asigurare, conform Certificatului de Asigurare emis de către Asigurător.

Eveniment asigurat – Eveniment viitor, imprevizibil și fortuit, astfel cum este prevăzut în Termenii și Condițiile de Asigurare, și la producerea căruia Asigurătorul are obligația de a plăti Indemnizația de Asigurare în conformitate cu prevederile Termenilor și Condițiilor de Asigurare.

Grup Asigurabil - Totalitatea clienților (debitorilor) Contractantului incluși în evidența proprie transmisă Asigurătorului, titulari ai unor contracte de credit de tip ING Personal care au aderat la asigurare.

Indemnizația de Asigurare – Suma care este plătită Beneficiarului în cazul producerii Evenimentului Asigurat, stabilită conform prevederilor Termenilor și Condițiilor de Asigurare.

Pensionar:

- **pentru limită de vârstă** – Persoană care îndeplinește cumulativ la data pensionării, condițiile privind vârsta standard de pensionare împreună cu stagiul minim de cotizare, în conformitate cu legislația în vigoare privind sistemul unitar de pensii publice.
- **pensie anticipată** - se cuvine, cu cel mult 5 ani înaintea împlinirii vârstei standard de pensionare, persoanelor care au realizat un stagiul de cotizare cu cel puțin 8 ani mai mare decât stagiul complet de cotizare în conformitate cu legislația în vigoare privind sistemul unitar de pensii publice.
- **pensia anticipată parțială** - se cuvine, cu cel mult 5 ani înaintea împlinirii vârstei standard de pensionare, persoanelor care au realizat stagiul complet de cotizare, precum și celor care au depășit stagiul complet de cotizare cu până la 8 ani, în conformitate cu legislația în vigoare privind sistemul unitar de pensii publice.

Perioada de asigurare: Perioada aferentă lunii precedente. În prima lună, perioada de asigurare este cuprinsă între data deschiderii creditului (alocării fondurilor) și data scadentă.

Perioada de excludere – Perioada de 60 de zile calendaristice consecutive de la momentul aderării la Asigurare în care Asiguratul nu este acoperit pentru riscurile menționate în Termenii și Condițiile de Asigurare și nu este datorată Indemnizația de Asigurare.

Perioada de așteptare – Perioada de 30 de zile calendaristice consecutive de la producerea Incapacității temporare de muncă, respectiv 60 de zile de la producerea Pierderii involuntare a locului de muncă, pe durata căreia Evenimentul corespunzător trebuie să se producă neîntrerupt. În cazul Spitalizării ca urmare a unui accident, perioada de așteptare este de 3 (trei) zile consecutive, calculată de la data internării în spital pe durata căreia Evenimentul corespunzător trebuie să se producă neîntrerupt.

După expirarea acestei perioade se vor calcula și plăti indemnizațiile de asigurare pentru Evenimentul Asigurat, cu condiția dovedirii persistenței evenimentului.

Perioada de renunțare – Perioada de 30 de zile de la data primirii Certificatului de Asigurare în care Asiguratul are dreptul să renunțe la Asigurare fără penalități și să i se restituie Prima de asigurare plătită (fără a fi purtătoare de dobândă).

Prima de Asigurare – Suma rezultată din aplicarea (înmulțirea) Ratei de Primă la Suma Asigurată, datorată lunar Asiguratorului de către Asigurat.

Rata de Primă – Prima de Asigurare exprimată procentual ce este aplicată lunar la Suma Asigurată.

Rată lunară de credit/Rată lunară – Suma datorată lunar Contractantului Asigurării de către Asigurat, așa cum a fost convenită în Contractul de Credit și graficul de rambursare actual, excluzând Prima de asigurare aferentă Asigurării, sumele restante sau primele de asigurare aferente altor produse de asigurare.

Spital - O instituție care funcționează conform legii și care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

1. are personal medical format din cel puțin un Medic;
2. oferă aparatură medicală în scopul tratării în regim de internare a persoanelor bolnave sau rănite. Aparatura respectivă trebuie să se afle în clădirea Spitalului sau să îi fie pusă la dispoziție conform unui acord prealabil;
3. oferă servicii de asistență medicală permanentă, sub supravegherea unei asistente medicale profesionale, autorizate și licențiate, aflată la post sau de serviciu;
4. are autorizațiile și licențele de funcționare emise de către autoritatea guvernamentală sau juridică teritorială aferentă.

Instituțiile care nu sunt considerate Spitale în sensul definiției din prezentele Condiții de Asigurare cuprind, fără a se limita la, centrele de recuperare, centrele de asistență medicală extinsă, căminele de bătrâni, stațiunile balneare și sanatoriile.

Zi de spitalizare - Intervalul de 24 de ore petrecut efectiv de către Persoana Asigurată în Spital. Prima zi de spitalizare, care începe la ora de internare a Persoanei Asigurate, odată cu luarea în evidență ca atare a acesteia și se termină la ora 00:00 a zilei calendaristice următoare și Ultima zi de spitalizare, care începe la ora 00:00 și se termină la externare sunt considerate o zi de spitalizare întregă.

Pacient internat - Persoana Asigurată internată într-un Spital, într-o secție specificată de un Medic al Spitalului, ca Pacient tratat la pat, cu acte de internare, timp de minimum 24 de ore consecutive, ca necesitate medicală conform sfatului unui Medic în scopul îngrijirii, alta decât îngrijirea la domiciliu.

Medic - Persoană care prestează servicii medicale conform dreptului său de liberă practică eliberat de către autoritatea publică și 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 Persoanei Asigurate.

Spitalizare ca urmare a unui Accident - Situația în care Persoana Asigurată are calitatea de Pacient Internat, ca urmare directă și nemijlocită a suferirii unui Accident, pentru o perioadă continuă de timp.

Suma Asigurată – Suma reprezentând 100% din soldul creditului, valabil la data scadentă a ratei lunare de credit.

Soldul creditului – Suma rămasă de plătit, exclusiv orice dobânzi și comisioane, datorată Contractantului Asigurării de către Asigurat, corespunzătoare datei scadente a ratei lunare de credit.

Șomer - Orice persoană al cărei contract individual de muncă cu angajatorul a încetat la inițiativa angajatorului sau de drept și care este înregistrată la Agențiile Teritoriale pentru Ocuparea Forței de Muncă din România, astfel încât beneficiază de indemnizație de șomaj în calitate de asigurat în sistemul asigurărilor sociale de stat și în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. În sensul Termenilor și Condițiilor de Asigurare, nu se consideră Șomer persoana care se află într-una dintre următoarele situații:

- își desfășoară activitatea în funcții electivă sau este numită în cadrul autorității executive, legislative ori judecătorești, pe durata mandatului, precum și membrii cooperatori dintr-o organizație a cooperăției meșteșugărești;
- realizează un venit brut pe an calendaristic egal cu cel puțin 3 (trei) salarii medii brute pe economie și are calitatea de:
 - ✓ asociat unic, asociat, comanditar sau acționar;
 - ✓ administrator sau manager care a încheiat contract de administrare sau de management;
 - ✓ membru al unei asociații familiale;
 - ✓ persoană autorizată să desfășoare activități independente;

Boala cronică - Boală sau vătămare corporală care are cel puțin una din următoarele caracteristici:

- necesită monitorizare (supraveghere medicală), consultații medicale, controale, examinări medicale sau investigații repetate, pe termen lung, prescriere și ajustare tratament medicamentos;
- are o evoluție pe o perioadă nedeterminată și nu are vindecare;
- este recidivantă sau există posibilitatea de a recidiva;
- este permanentă;
- asiguratul necesită recuperare medicală (reabilitare) sau o educație medicală specifică pentru a-și controla boala.

Semnătură Asigurator

Semnătură Asigurat

Data:



Anna Grzelońska
Director General

Adina Murariu
Director Operațiuni