

ASIGURAREA MEDICALĂ PENTRU CĂLĂTORII ÎN STRĂINĂTATE

- condiții generale -

În cuprinsul prezentelor condiții, se aplică următoarele definiții:

ACCIDENT:

eveniment datorat unei cauze neprevăzute, externe, violente, fortuite și absolut independente de voința Asiguratului și care-i produc acestuia vătămări corporale sau decesul.

ASIGURAT:

persoana fizică, menționată în polița de asigurare, care călătorește temporar în afara granițelor României/țării de cetățenie/țării de reședință.

ASIGURĂTOR:

Groupama Asigurări S.A, autorizată de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor sub Nr. RA – 009/10.04.2003, care în schimbul primei de asigurare încasate, se obligă să plătească indemnizația de asigurare cuvenită, conform condițiilor contractuale.

BENEFICIAR:

persoana fizică ce încasează indemnizația de asigurare în cazul producerii riscului asigurat.

BOALA:

orice stare anormală, patologică, determinată de afectarea temporară sau ireversibilă a structurii și/sau funcționalității normale a întregului organism sau a oricărei părți a acestuia, diagnosticată de medicul specialist, conform criteriilor clinice, paraclinice sau de laborator specifice.

CĂLĂTORIE ÎN STRĂINĂTATE:

o călătorie în afara granițelor teritoriale ale României, țării de cetățenie, țării de reședință a Asiguratului, din momentul părăsirii acestor granițe, până în momentul reîntoarcerii în cadrul acestor granițe.

COMPANIA DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ:

EUROP ASSISTANCE, care acționează în numele Asiguratorului și este solidară cu acesta pentru îndeplinirea condițiilor contractuale.

CONDIȚIE PRE-EXISTENTĂ:

orice boală sau vătămare corporală care a fost diagnosticată de un medic înainte de data începerii asigurării.

CONTRACTUL DE ASIGURARE:

actul juridic care se încheie între Contractant/Asigurat și Asigurator, prin care Contractantul/Asiguratul se obligă să plătească prima de asigurare, iar Asiguratorul se obligă, ca la producerea riscului asigurat, să achite Asiguratului indemnizația de asigurare, în termenii și limitele convenite în Contractul de asigurare.

DURATA ASIGURĂRII:

perioada de timp, exprimată în număr de zile, pentru care se încheie Contractul de asigurare, delimitată prin data de început și de sfârșit a protecției prin asigurare.

EVENIMENT ASIGURAT:

eveniment, precizat în condițiile contractuale, în urma căruia Asigurătorul va plăti indemnizații de asigurare în baza condițiilor de asigurare.

FRANȘIZA:

suma până la care Asigurătorul nu-și asumă obligația de plată. Indemnizațiile de asigurare solicitate până la concurența acestei sume vor fi suportate de Asigurat.

FORȚA MAJORĂ:

situație invocată de una din părți, dovedită cu documente emise de autorități publice competente, imprevizibilă la data încheierii poliței, inevitabilă, independentă de voința părților, care a împiedicat una din părți să își îndeplinească obligațiile contractuale, deși a depus toate diligențele necesare în vederea îndeplinirii obligațiilor respective.

INDEMNIZAȚIE DE ASIGURARE:

sumă datorată de Asigurător Asiguratului/Beneficiarului în cazul producerii riscului asigurat ce nu poate depăși suma asigurată.

MEDIC:

persoana posedând o diplomă de specialitate eliberată de autoritățile în domeniu, care profesază în baza unei autorizații valabile de liberă practică.

OAMENI DE AFACERI (BUSINESS):

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

POLIȚA DE ASIGURARE:

actul juridic bilateral încheiat între Contractant/Asigurat și Asigurător, semnat de ambele părți, care dovedește încheierea Contractului de asigurare.

PRIMA DE ASIGURARE:

suma de bani datorată de Asigurat/Contractant în schimbul asumării riscului de către Asigurător.

RISC ASIGURAT:

eveniment viitor, posibil, incert, cuprins în asigurare, care odată produs, obligă Asigurătorul să plătească Asiguratului/Beneficiarului, indemnizația de asigurare conform clauzelor și limitelor stabilite în Contractul de asigurare.

RUDE ALE ASIGURATULUI:

soț, soție, copii (pentru care Asiguratul are calitatea de tutore legal), părinții soțului sau ai soției.

ȘOFER PROFESIONIST:

persoana care are atestarea de șofer profesionist, cât și o adeverință eliberată de societatea angajatoare din care rezultă că efectuează deplasări strict în interes de serviciu.

SPITAL:

unitate sanitară, publică sau privată, care dispune de personal medical calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate, de facilități și echipamente medicale de specialitate pentru acordarea de îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați. Infirmieriile pentru narcomani sau alcoolici, azilurile de bătrâni și în general casele de odihnă și cabinetele fizioterapeutice nu se consideră spitale.

SPORT DE AGREMENT:

activitate fizică sportivă, practică ocazional, în scop recreativ, ca amator, în condiții de normalitate și siguranță, având un grad mediu de risc de producere a unui accident (ex.: ski, ski nautic, înot, snowboard, patinaj (inclusiv role), surfing, călărie, carting, fotbal, tenis, baschet, handbal, volei, tir agrement, scufundări sub 30 metri, ciclism, golf, biliard, bowling, paintball etc.).
Enumerarea de mai sus nu este limitativă și nici exhaustivă; pentru alte sporturi de agrement se procedează prin asimilare.

SUMA ASIGURATĂ:

limita maximă a indemnizației de asigurare pe care Asigurătorul o plătește în cazul producerii riscului asigurat și care este înscrisă în polița de asigurare.

TURIST:

persoana care efectuează călătoria în străinătate în scop turistic, vizită la rude/cunoștințe.

1. ÎNCHEIEREA CONTRACTULUI ȘI PLATA PRIMEI DE ASIGURARE

1.1 Asigurarea se încheie înaintea plecării în străinătate pentru persoane fizice care călătoresc în afara granițelor țării pentru o perioadă de minimum 3 și maximum 365 de zile.

1.2 Asigurarea intră în vigoare la data indicată în polița de asigurare, ora 00.00, dar nu înainte de plata integrală a primei de asigurare și de trecerea frontierei României/țării de cetățenie/țării de reședință.

1.3 Prima de asigurare se plătește pentru perioada solicitată de Asigurat la momentul încheierii poliței de asigurare, conform tarifelor Asigurătorului.

1.4 În funcție de aria de destinație (Europa sau Restul Lumii) și vârsta Asiguratului, se poate opta pentru următoarele acoperiri :

- Program A - 10.000 EUR (nu se asigură repatrierea corpului neînsuflețit);
- Program B - 30.000 EUR;
- Program C - 50.000 EUR.

1.5 În funcție de scopul călătoriei, acoperirile pot fi extinse și pentru:

- a) Business;
- b) Studii;
- c) Turism;
- d) Șoferi profesioniști;
- e) Muncă;
- f) Construcții;
- g) Sport de agrement;
- h) Sportivi profesioniști, conform categoriilor de mai jos:

Categoria A: atletism, cricket, golf, gimnastică, natație (exceptând scufundările), squash, tenis, tir etc.

Categoria B: baschet, ciclism, handbal, hochei pe iarbă, hipism (exceptând jockey), polo în apă, sporturi nautice (exceptând rafting-ul), volei, scrimă, plonjări etc.

Categoria C: baseball, fotbal, fotbal american, jockey, scufundări, rafting, rugby, speologie, sporturi de lupte, sporturi de iarnă și gheață, polo, haltere etc.

1.6 Fiecare Asigurat în parte poate opta pentru o franșiză de 100 EUR din valoarea fiecărei indemnizații de asigurare, reducându-se astfel prima de asigurare standard.

2. OBIECTUL ASIGURĂRII

2.1 În caz de accident sau îmbolnăvire subită, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare pentru cheltuieli medicale impuse de tratamentul de urgență, necesar a fi efectuat pe timpul călătoriei în străinătate, precum și cheltuieli de repatriere, în funcție de Programul de asigurare ales.

PROGRAM A

2.1.1 Riscurile asigurate, survenite în cadrul duratei de asigurare, pe timpul călătoriei în străinătate, care obligă Asigurătorul să plătească Asiguratului/Beneficiarului indemnizația de asigurare convenită conform condițiilor contractuale, includ:

2.1.1.1 - asistență medicală de urgență, reprezentând:

- a) diagnosticarea medicală; tratamentul medical ambulatoriu; medicamentele și materialele auxiliare prescrise de medic; materialele medicale ajutoare pentru fixarea unor părți ale corpului în baza recomandărilor medicale (în cazul fracturilor, rănilor etc.);
- b) tratamentul staționar într-o instituție medicală (numai spital) sub supravegherea directă a unui medic, folosindu-se numai metode medicale recunoscute și aprobate. Se va folosi cel mai apropiat spital unde există posibilitatea aplicării tratamentului adecvat. Cheltuielile cu spitalizarea se vor acoperi numai până când starea medicală a Asiguratului va permite repatrierea acestuia;

2.1.1.2 - transportul de urgență al Asiguratului efectuat de serviciile de ambulanță până la cel mai apropiat spital, cel mai apropiat medic sau transferul la o clinică de specialitate dacă este recomandat de medic;

2.1.1.3 - transportul Asiguratului în localitatea de domiciliu sau la cel mai apropiat spital din România/țara de cetățenie/țara de reședință unde poate primi tratamentul recomandat de medic (repatrierea medicală).

Repatrierea medicală a Asiguratului, aflat în imposibilitatea de a călători singur, va fi organizată de Compania de asistență medicală. Momentul repatrierii și modalitatea de transport vor fi stabilite de medicul curant împreună cu echipa medicală a Companiei de asistență medicală. Astfel, repatrierea Asiguratului poate fi organizată după cum urmează:

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

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

PROGRAME B ȘI C

2.1.2 În plus față de riscurile incluse la Programul A, Asiguratorul se obligă să plătească Asiguratului/Beneficiarului indemnizația de asigurare convenită conform condițiilor contractuale, reprezentând cheltuielile cauzate de:

2.1.2.1 - transportul corpului neînsuflit la domiciliu, inclusiv costul sicriului, în cazul decesului Asiguratului sau cheltuieli de înmormântare/incinerare la locul decesului. Limita maximă a indemnizației de asigurare, în cazul repatrierii corpului neînsuflit, este de 7.000 EUR dar, cumulată cu celelalte cheltuieli, nu trebuie să depășească suma asigurată.

2.1.2.2 - vizita unei rude în cazul spitalizării în străinătate a Asiguratului pe o perioadă mai mare de 10 zile, reprezentând decontarea cheltuielilor de transport, la clasa economic;

2.1.2.3 - repatrierea minorilor în cazul spitalizării în străinătate a Asiguratului pe o perioadă mai mare de 10 zile, la clasa economic;

2.1.2.4 - efectuarea convorbirilor telefonice urgente ale Asiguratului, în cazul spitalizării acestuia pe o perioadă de timp mai mare de 10 zile, cu familia și medicul de familie, în limita sumei de 100 EUR.

2.2 În plus, pentru programele B și C, Asiguratorul va plăti Asiguratului indemnizația de asigurare pentru:

2.2.1 - întârzierea bagajelor înregistrate de către societatea de transport aerian și predate la cală în momentul îmbarcării, pentru mai mult de 4 ore, în limita sumei de 500 EUR. Întârzierea trebuie să fie dovedită prin documente eliberate de societatea de transport.

Asiguratorul îi va rambursa Asiguratului costurile de achiziție a bunurilor de primă necesitate (efecte vestimentare și de toaletă) care îi permit acestuia să facă față indisponibilității temporare a efectelor personale din bagajul întârziat. Toate cumpăraturile reprezentând efecte personale necesare trebuie dovedite cu documente originale de plată (facturi, chitanțe).

2.2.2 - întreruperea călătoriei, după trecerea graniței României/țării de reședință/cetățenie.

Asiguratorul va plăti Asiguratului indemnizația de asigurare, în limita sumei de 300 EUR dacă, pe parcursul călătoriei, după trecerea graniței României, acesta este nevoit să întrerupă călătoria și să se reîntoarcă în țară ca urmare a:

- decesului, accidentării sau îmbolnăvirii grave a unei rude;

- nașterii premature a soției, cu mai mult de 60 de zile calendaristice decât termenul apreciat de medic;
- pagubelor materiale importante provocate de incendiu, furtună, inundație sau cutremur asupra locuinței acestuia.

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

Polița de asigurare, acoperă evenimentele asigurate produse, pe întreaga durată a asigurării, în limita sumei asigurate.

3. EXCLUDERI

3.1 Asigurătorul nu va plăti indemnizația de asigurare pentru cheltuieli ocazionate de:

- orice condiție pre-existentă înainte de începerea călătoriei; se acoperă un prim serviciu organizat exclusiv de Compania de asistență medicală (organizarea vizitei medicului la domiciliul clientului, transportul sanitar al clientului la instituția medicală) pentru măsuri de urgență, neprevăzute, pentru salvarea vieții Asiguratului sau pentru calmarea durerilor acute în limita sumei de 500 EUR;
- tratamentul determinat de boli sau accidente ca urmare a războaielor, actelor teroriste, a evenimentelor similare sau a participării la revolte sau acte de terorism (exclusiv în calitate de victimă);
- îmbolnăvirea/accidentarea produsă ca urmare a participării Asiguratului la orice tip de curse, sporturi sau activități considerate periculoase cum ar fi: alpinismul, parașutismul, planorismul, acrobația, cascadoria. Enumerarea de mai sus nu este limitativă și nici exhaustivă;
- asistența medicală acordată în cazul comiterii sau încercării de a comite, cu intenție, de către Asigurat a unor acțiuni violente, sau pedepsite de legea penală în țara în care a avut loc evenimentul;
- asistența medicală acordată în cazul îmbolnăvirilor și/sau accidentelor ca urmare a consumului de alcool, droguri, medicamente nerecomandate de medic;
- sinucidere, asistență medicală în cazul tentativei de sinucidere, vătămarilor sau îmbolnăvirilor produse prin acțiunea proprie a Asiguratului;
- îndepărtarea defectelor fizice (tratamente cosmetice, operații estetice etc.) și a anomaliilor congenitale;
- tratamentul psihiatric, psihoterapeutic sau neurologic;
- recuperare, convalescență și fizioterapie;
- asistența medicală pentru graviditate, nașterea prematură, avortul (inclusiv avort terapeutic), întreruperea voluntară a sarcinii, examinarea și tratamentul

- împotriva sterilității, precum și fecundarea artificială. Se vor plăti numai cheltuielile medicale de urgență în scopul salvării vieții mamei și/sau copilului, dacă gravida nu a depășit 38 ani și/sau 16-a săptămână de sarcină. După aceste termene, se vor acoperi numai cheltuielile medicale de urgență în scopul salvării vieții mamei și/sau copilului în limita maximă de 500 EUR numai dacă primul serviciu este organizat exclusiv de Compania de asistență medicală;
- k) tratarea bolilor cu transmitere sexuală, a infecției cu HIV, SIDA și consecințele acestora;
 - l) asistența medicală acordată de rudele Asiguratului;
 - m) asistența medicală acordată de homeopați, medici naturiști, proceduri medicale de investigare sau de tratament cu caracter experimental, specifice cercetării medicale, precum și consecințele acestora;
 - n) transplantul de organe;
 - o) achiziționarea de: ochelari, lentile de contact, proteze auditive, proteze dentare, proteze ale membrelor, scaune/cărucioare invalizi;
 - p) vaccinări și complicațiile acestora;
 - q) controalele medicale de rutină;
 - r) asistența medicală acordată Asiguratului în cazul infestării radioactive ca urmare a radiațiilor provocate de accelerarea artificială a particulelor atomice, accident nuclear sau explozie atomică;
 - s) asistența medicală datorată unei epidemii sau pandemii recunoscută oficial în țară/țările în care călătorește Asiguratul;
 - t) călătoriile țin scopul obținerii unor tratamente, îngrijiri, intervenții chirurgicale, cereri abuzive;
 - u) boli sau accidente rezultate în urma desfășurării unor activități ce nu corespund cu scopul declarat al călătoriei.
 - v) refuzul Asiguratului de a urma recomandarea medicului de repatriere medicală.
 - w) zborul în calitate de pasager, pilot sau membru al echipajului unui aparat de zbor, altul decât cel aparținând unei societăți autorizate de transporturi aeriene de persoane.
 - x) evenimentele produse în urma practicării skiului, ca sport de agrement, în afara părții amenajate.
 - y) vizita într-o țară în care există o situație de forță majoră.
- 3.2 Asiguratorul nu va acorda indemnizația de asigurare, în cazul refuzului Asiguratului de a respecta instrucțiunile echipei medicale, acest lucru ducând la pierderea dreptului la serviciile garantate prin polița de asigurare și implicit pierderea drepturilor sale în calitate de Asigurat.
- 3.3 Asiguratorul nu va plăti indemnizația de asigurare în cazul în care Asiguratul a necesitat asistență medicală ca urmare a:
- a) desfășurării unor activități cu caracter militar în străinătate;

b) unor activități sub nivelul apei cu excepția cazurilor în care a fost percepută o extraprimă.

3.4 Asigurătorul nu va plăti indemnizația de asigurare în cazul în care Asiguratul a avut un accident rezultat din practicarea oricărui sport cu titlu de profesionist sau în cadrul unor competiții, manifestări sau antrenamente, exceptând cazul în care s-a contractat o asigurare conform art. 1.5.

3.5 Asigurătorul nu va plăti Asiguratului indemnizația de asigurare pentru bagajele întârziate din următoarele cauze:

a) confiscarea bagajelor de către autoritatea vamală sau orice autoritate guvernamentală;

b) cumpărăturile făcute după sosirea la destinația finală în România/țara de cetățenie/țara de reședință menționată pe biletul companiei aeriene;

c) bagajele și/sau efectele personale care au fost expediate cu scrisoare de transport aerian sau scrisoare de trasură;

d) grevă sau conflict de muncă cauzat de o situație de forță majoră existentă sau anunțată prin documente oficiale, înaintea începerii călătoriei.

4. TERITORIALITATE

Asigurarea este valabilă în afara granițelor teritoriale ale României, țării de cetățenie sau țării de reședință a Asiguratului.

5. OBLIGAȚIILE ASIGURĂTORULUI

5.1 Asigurătorul are obligația de a presta serviciile prevăzute în contract cu profesionalismul și promptitudinea convenite angajamentului asumat.

5.2 Asigurătorul are obligația să plătească Asiguratului/Beneficiarului, indemnizația de asigurare cuvenită la producerea riscului asigurat, conform condițiilor de asigurare.

6. OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI

6.1 Asiguratul este obligat să anunțe Compania de asistență medicală la producerea evenimentului asigurat, conform art. 7.1.

6.2 Asiguratul este obligat să răspundă corect și complet la întrebările din cererea-chestionar privind circumstanțele riscului.

6.3 Asiguratul este obligat să furnizeze Asigurătorului toate datele și documentele necesare stabilirii cuantumului indemnizației de asigurare. Asiguratul va trebui să dovedească în mod expres data reală de începere a călătoriei.

- 6.4 Prin prezentele condiții, Asiguratul împuternicește Asigurătorul să obțină de la medicii curanți datele privind istoricul medical, starea de sănătate și tratamentul aplicat, dezlegându-i de secretul profesional.
- 6.5 Asiguratul, rudele sale, reprezentanții legali, trebuie să consimtă la examinarea medicală a Asiguratului de către medicii agreați de Asigurător.
- 6.6 Asiguratul trebuie să se informeze despre vaccinurile obligatorii pentru zona în care urmează să călătorească, precum și cele recomandate ca necesare de autoritățile locale și să le efectueze.
- 6.7 În cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 6.1-6.6, Asigurătorul poate să refuze plata indemnizației de asigurare.

7. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

- 7.1 În caz de accident sau îmbolnăvire subită, Asiguratul sau reprezentantul acestuia are obligația:
- să anunțe Compania de asistență medicală colaboratoare a Asigurătorului la numărul de telefon înscris pe interiorul primei coperti a poliței de asigurare, în maxim 48 de ore de la producerea evenimentului;
 - să furnizeze datele din polița de asigurare precum și informații referitoare la evenimentul produs;
 - să urmeze indicațiile Companiei de asistență medicală;
 - să prezinte personalului medical polița de asigurare.

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

Plata cheltuielilor medicale se va face direct de către Compania de asistență medicală, în numele Asigurătorului, cu excepția cazurilor în care acesta din urmă prevede o altă procedură.

- 7.2 Asigurătorul și Compania de asistență medicală nu răspund de întârzierile în executarea serviciilor convenite în caz de greve, explozii, revolte, mișcări populare, restricții de liberă circulație, sabotaje, acte teroriste, război civil sau război, consecințe ale surselor de radioactivitate sau de orice alt caz de forță majoră.
- 7.3 În cazul în care nu este urmată procedura de la punctul 7.1 și există o justificare pentru nerespectarea ei, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare numai după ce Asiguratul/Beneficiarul:
- va proba legitimitatea de a obține indemnizația de asigurare;

- va declara dacă și ce asigurări a încheiat pentru același risc și ce indemnizații de asigurare aferente a încasat deja;
- va preda Asiguratorului toată documentația, în original, cerută de acesta.

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

În acest caz, solicitarea indemnizației de asigurare trebuie transmisă Asiguratorului cel mai târziu după 30 de zile de la producerea evenimentului asigurat.

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

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

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

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

7.3.4 Dacă riscul asigurat s-a produs ca urmare a unui accident, se va prezenta și procesul-verbal încheiat de autoritățile competente.

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

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

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

7.4 Dacă solicitarea indemnizației de asigurare este frauduloasă sau în mod evident exagerată, ori contractul are la bază declarații false, Asiguratorul are dreptul să rezilieze Contractul de asigurare și să refuze plata indemnizației de asigurare.

7.5 Începerea procedurii de stabilire și evaluare a indemnizațiilor de asigurare nu constituie o recunoaștere a obligației de plată a indemnizației de asigurare.

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

8. ÎNCETAREA CONTRACTULUI

- 8.1 Contractul de asigurare încetează la ora 24 a datei de expirare înscrisă în polița de asigurare, sau odată cu trecerea frontierei României/țării de cetățenie/țării de reședință, oricare dintre acestea survine mai repede.
- 8.2 Dacă o îmbolnăvire sau un accident survenite în timpul deplasării în străinătate necesită tratament și după încheierea perioadei de asigurare, Asigurătorul va extinde perioada de acoperire a cheltuielilor cu asistența medicală cu până la 30 de zile, în limita sumei asigurate, dacă Asiguratul poate dovedi că transportul la domiciliul stabil din România nu a fost posibil.
- 8.3 În cazul denunțării contractului de către Asigurat, înainte de data de început a asigurării specificată în poliță, Asigurătorul va restitui acestuia prima de asigurare, diminuată cu cheltuielile determinate de emiterea ei, în baza solicitării sale scrise transmisă anterior datei de început a asigurării.
- 8.4 În cazul denunțării contractului de către Asigurat, după data de început a asigurării specificată în poliță, Asigurătorul nu va restitui acestuia prima de asigurare.

9. INSTANȚA COMPETENTĂ

- 9.1 Condițiile acestei asigurări se completează cu dispozițiile legale în materie, în măsura în care nu sunt reglementate prin prezenta.
- 9.2 Neînțelegerile izvorâte din interpretarea și executarea Contractului de asigurare se vor soluționa pe cale amiabilă, iar în situația în care acest lucru nu mai este posibil, litigiul se va soluționa potrivit legislației în vigoare, de către instanțele de judecată competente în România.

10. PREVEDERI FINALE

- 10.1 Contractul de asigurare va fi guvernat de legislația din România, în vigoare, privind asigurările și reasigurările și de prevederile specifice cuprinse în aceste Condiții de Asigurare.
- 10.2 Dacă este necesar pentru scopul și natura Contractului de asigurare, există posibilitatea ca părțile contractante să introducă, de comun acord, prevederi diferite de cele menționate în prezentele Condiții de Asigurare, acestea trebuind să fie în acord cu legislația în vigoare.
- 10.3 În cazul constatării insolvenței Asigurătorului, Asiguratul/Beneficiarul se poate adresa Fondului de garantare, conform art. 60 din legea 136/1995.

TRAVEL AND HEALTH INSURANCE

- general conditions -

The following definitions apply to the content of the present conditions:

ACCIDENT:

event due to a cause unforeseen, external, visible, violent, haphazard and absolutely independent from the Insured's will, that induces bodily injury or death upon the Insured.

INSURED:

the natural person, mentioned in the Insurance Policy, who temporarily travels outside Romania/the citizenship country/residence country.

INSURER:

Groupama Insurance, approved by the Insurance Supervisory Commission under no RA-009V/10.04.2003, who undertakes the payment of insurance indemnity for the covered risks in exchange of the collected premium, according to the terms conditions.

BENEFICIARY:

the natural person who receives the insurance indemnity if the insured event occurs.

ILLNESS:

any abnormal condition, pathological, due to temporary or irreversible damage of the structure and/or normal functioning of the whole body or any part thereof, diagnosed by the physician according to clinical or paraclinical criteria, specific laboratory investigations.

TRAVEL ABROAD:

a travel outside the borders of Romania, of the citizenship country, of the residence country of the Insured, from the moment when the Insured crosses the border until the Insured crosses them back.

MEDICAL ASSISTANCE COMPANY:

EUROP ASSISTANCE, which acts in the name of the Insurer and is jointly liable with the Insurer for the fulfillment of the insurance conditions.

PRE-EXISTING CONDITION:

any illness or bodily injury that was diagnosed by a physician before the insurance begin date.

INSURANCE CONTRACT:

the legal document concluded between the Insurance Policyholder / Insured and the Insurer, by which the Insurance Policyholder/ Insured undertakes to pay the insurance premium and the Insurer undertakes to pay the Insurance indemnity to the Insured, upon insured risk occurrence, according to the agreed terms and limits.

INSURANCE DURATION:

the time period, expressed as a number of days, for which the Insurance Contract is concluded, starting with Insurance begin date and ending with Insurance end date.

INSURED EVENT:

event specified in the contractual conditions, following which the Insurer grants Insurance indemnities based on the insurance conditions.

DEDUCTIBLE:

the amount up to which the Insurer does not have payment obligations. The Insurance indemnities requested up to that amount will be paid by the Insured.

FORCE MAJEURE:

a situation, unforeseeable upon policy conclusion date, inevitable, independent from the parties' will, that is claimed by one of the parties and proven by documents issued by competent authorities, and prevents one of the parties from fulfilling its contractual obligations, although all due diligence was undertaken for the fulfillment of the respective obligations.

INSURANCE INDEMNITY:

amount due by the Insurer to the Insured/Beneficiary in case of insured risk occurrence, inferior to the Sum Insured.

PHYSICIAN:

person who holds a Graduate Diploma in Medicine issued by authorities and who practises his/her profession under a valid licence.

BUSINESSMEN:

persons who travel abroad in relation with their job, their own business activity, based on a document to that effect (delegation by the company, invitation to a congress, a seminary etc.).

INSURANCE POLICY:

the bilateral legal document concluded between the Policyholder/Insured and the Insurer, signed by both parts and proof of the insurance contract conclusion.

INSURANCE PREMIUM:

amount of money due by the Insured/Policyholder in exchange of the risk cover by the Insurer.

INSURED RISK:

future, possible and uncertain event, covered by the insurance, whose occurrence obliges the Insurer to pay to the Insured/Beneficiary the insurance indemnity, according to the conditions and limits set in the Insurance Contract.

INSURED'S RELATIVES:

husband, wife, children (for whom the Insured is legal guardian), the husband's or wife's parents.

PROFESSIONAL DRIVER:

person who holds the professional driver attestation and a certificate, issued by the hiring company, that certifies that the purpose of the travels is strictly business.

HOSPITAL:

any public or private medical facility accredited in Romania that disposes of auxiliary and medical personnel skilled in specialised medical care, of specialised medical equipments in order to provide permanent medical care as well as diagnostic and treatment services to inpatients.

The substance abuse treatment centres, homes for elderly and, more generally, rest homes and physiotherapeutic medical practices are not considered hospitals.

RECREATIONAL SPORTS:

sports activity, practiced occasionally for purpose of recreation, as an amateur, in conditions of normality and safety, with a medium degree of risk of an accident (e.g.: skiing, water skiing, swimming, snowboard, skating (including rolls), surfing, horse riding, carting, football, tennis, basketball, handball, volleyball, shooting, diving below 30 meters, cycling, golf, billiards, bowling, paintball etc.).

The above list is not exhaustive nor restrictive; any other recreational sports will be treated through assimilation.

SUM INSURED:

maximum compensation limit, written in the Insurance Policy which the Insurer pays in case of insured risk occurrence.

TOURIST:

person who makes travels abroad in tourist purpose or to visit relatives/acquaintances.

1. CONTRACT CONCLUSION AND INSURANCE PREMIUM PAYMENT

1.1 The insurance is concluded before the departure abroad for natural persons who travel abroad for a period of at least 3 and at most 365 days.

1.2 The insurance comes into force on the date written on the Insurance Policy but not before the full payment of the Insurance Premium and before crossing the border of Romania/citizenship country/residence country.

1.3 The Insurance Premium is paid for the period requested by the Insured upon concluding the Insurance Policy, according to the Insurer's tariffs.

1.4 Depending on the destination area (Europe or Rest of the World) and on the Insured's age, the following covers can be chosen:

- Program A - EUR 10,000 (dead body repatriation not covered);
- Program B - EUR 30,000;
- Program C - EUR 50,000.

1.5 Depending on the travel purpose, covers can also be extended for:

- a) Business;
- b) Studies;
- c) Tourism;
- d) Professional drivers;
- e) Work;
- f) Constructions;
- g) Recreational sports;
- h) Professional sportsmen, according to the below categories:
 - Category A: athletics, cricket, golf, gym, swimming (excepted diving), squash, tennis, shooting sports etc.
 - Category B: basket, cycling, handball, field hockey, horse racing (excepting jockey), water-polo, water sports (excepting rafting), volley-ball, fencing, diving etc.
 - Category C: baseball, football, American football, jockey, underwater diving, rafting, rugby, speleology, wrestling, winter and ice sports, polo, weightlifting etc.

1.6 Each Insured can choose a EUR 100 deductible on each insurance indemnity, thus reducing the standard insurance premium.

2. INSURANCE OBJECT

2.1 In case of sudden accident or illness, the Insurer will pay the Insurance indemnity for the medical expenses required by the urgent treatment that must be made during the abroad travel, as well as the repatriation expenses, based on the chosen insurance Program.

PROGRAM A

2.1.1 The Insured Risks that oblige the Insurer to pay the due Insurance Indemnity to the Insured/Beneficiary according to the contractual conditions, if they occur during the Insurance Duration during the travel abroad, include the following:

2.1.1.1 - emergency medical assistance, representing:

- a) medical diagnosis; outpatient treatment, medicaments and auxiliary materials prescribed by physician; medical accessory materials to fix body parts according to medical recommendations (in case of fracture, wound etc.);
- b) inpatient treatment in a medical institution (only hospital) under the direct surveillance of a physician, using only well-known and approved medical methods. The closest hospital where the adequate treatment can be applied will be chosen. Hospitalisation expenses will be covered until the Insured's medical state allows his/her repatriation;

2.1.1.2 - the emergency transportation of the Insured, made by ambulance services to the closest hospital, the closest physician or the transfer to a specialised clinic, if so recommended by the physician;

2.1.1.3 - the transportation of the Insured to the closest hospital in Romania / citizenship country / residence country where the treatment recommended by the physician can be granted (medical repatriation).

The medical repatriation of the Insured who cannot travel alone will be organised by Medical assistance company. The moment of repatriation and the means of transport will be established by the attending physician together with the Medical assistance company medical team. Thus the Insured's repatriation can be organised as follows:

- To a hospital whose profile corresponds with the respective specific medical case, or a medical centre in Romania, situated near the Insured's permanent residence, if the continuation of medical assistance is needed;
- To the Insured's permanent residence.

2.1.1.4. - emergency dental treatment, within the limit of EUR 200 (to alleviate acute pains and pains due to accidents), including a possible dental radiography.

PROGRAMS B AND C

2.1.2. Beside the risks included in Program A, the Insurer undertakes to pay to the Insured/Beneficiary the due Insurance Indemnity according to contractual conditions, for the expenses due to:

2.1.2.1 - the transportation of the dead body to the Insured's permanent residence, including the coffin cost, in case of the Insured's death, or the burial/cremation expenses at the place of death.

The maximum insurance indemnity limit in case of dead body repatriation is EUR 7,000, but it cannot exceed the Sum Insured when cumulated with the other expenses.

2.1.2.2 - a relative's visit in case of the Insured's hospitalisation abroad for more than 10 days, accounting for the transport expenses in Economy class;

2.1.2.3 - repatriation of minors in case of the Insured's hospitalisation abroad for more than 10 days, in Economy class;

2.1.2.4 - the cost of the urgent phone conversations of the Insured with his family and family physician, in case of his hospitalisation abroad for a period longer than 10 days, within the limit of EUR 100.

2.2 Besides, for programs B and C, the Insurer compensates the Insured for:

2.2.1. - late delivery, by the air transport company, of the baggage checked upon boarding, with more than 4 hours delay, within the amount of EUR 500. The delay must be proven by documents issued by the transport company.

The Insurer will reimburse to the Insured the costs of the necessities (clothing and toilet ware) that allow the Insured to do with the temporary unavailability of his personal effects due to the baggage delay. All shopping for necessities must be proven by the original copies of payment documents (invoices, receipts).

2.2.2 - travel interruption, after crossing the border of Romania/citizenship country/residence country.

The Insurer compensates the Insured within the limit of EUR 300 if during the travel after the crossing of the Romanian border, the Insured must interrupt the travel and go back to his country due to:

- The death, accident or serious illness of a relative;

- The premature delivery of his wife, more than 60 days before the term assessed by the obstetrician;
- Important material damages to the Insured's home due to fire, storm, flood or earthquake.

The Insurance Indemnity amount will be compensated with will be determined by the volume of expenses which the Insured will have to pay in supplement (phone, fax, food, return flight change fee), with documents in proof (invoices, receipts), beside the expenses caused by the return to Romania at the insurance expiry date, written in the Insurance Policy, within the limit of the Sum Insured.

The Insurance Policy covers the Insured Events occurred during the whole insurance duration within the limit of the Sum Insured.

3. EXCLUSIONS

3.1 The Insurer does not grant Insurance Indemnity for expenses due to:

- a) any conditions pre-existing before travel begin; the policy cover the first service if it is organized exclusively by the Medical assistance company (doctor's visit at the doorstep of the client, health transport of the client to medical institution) for emergency measures, unforeseen, for insured life saving or for acute pain relief, within the limit of EUR 500;
- b) the treatment determined by illnesses or accidents pursuant to wars, terrorist acts, to similar events or to the participation to revolts or terrorist acts (excluded in the capacity of victim);
- c) the illness/accident occurring pursuant to the Insured's participation to any type of races, sports or activities considered as dangerous such as mountain climbing, parachuting, acrobatics, stunts. The list is neither limitative nor exhaustive;
- d) the medical assistance granted in case the Insured intentionally commits or tries to commit a violent action or an action punished by the penal law in the country where the event took place;
- e) the medical assistance granted in the case of illness/accident caused by the consumption of alcohol, drugs, medicaments not recommended by physician;
- f) suicide, medical assistance in case of the suicide attempt, the injuries or illnesses caused by the Insured's own action;
- g) elimination of physical defects (cosmetic treatments, aesthetic operations, etc) and of congenital anomalies;
- h) psychiatric, psychotherapeutic or neurological treatment;
- i) recovery, convalescence and physiotherapy;
- j) medical care for pregnancy, premature birth, miscarriage (including therapeutic miscarriage), voluntary interruption of pregnancy, examination and

treatment for infertility and artificial insemination. It will only pay emergency medical expenses in order to save life of mother and/or child if the pregnancy woman has not exceeded 38 years and/or 16th week of pregnancy. Over this time, will cover only emergency medical expenses in order to save life of mother and/or child maximum EUR 500 only if the first service is held exclusively by Medical assistance company;

- k) the treatment of sexually transmitted illnesses, of HIV infection, AIDS and their consequences;
 - l) medical assistance granted by the Insured's relatives;
 - m) medical assistance granted by homeopaths, naturopathic physicians, investigation or treatment experimental medical procedures specific of medical research, as well as the consequences thereof;
 - n) organ transplant;
 - o) purchase of eyeglasses, contact lenses, hearing aids, denture, limb prosthesis, disabled (wheel) chairs;
 - p) vaccinations and the complications thereof;
 - q) medical routine checkups;
 - r) medical assistance granted to the Insured in case of radioactive infestation pursuant to radiations due to artificial acceleration of atomic particles, nuclear accident or atomic explosion;
 - s) medical assistance due to an officially acknowledged epidemic or pandemic in the country(ies) the Insured travels in;
 - t) travels with the purpose of obtaining treatment, cares, surgical interventions, abusive requests;
 - u) illnesses or accidents resulting from activities that do not correspond to the declared purpose of the travel.
 - v) the Insured's refusal to follow the physician's recommendation of medical repatriation.
 - w) flight in capacity of passenger, pilot or pilot team member of a flying aircraft that does not belong to an air transport company authorised to transport persons.
 - x) events occurring pursuant to practising off piste skiing.
 - y) visit in a country in force majeure situation.
- 3.2 The Insurer does not grant the Insurance Indemnity if the Insured refuses to respect the medical team's instructions, thus losing the right to services guaranteed by the Insurance Policy and, implicitly, losing all rights as an Insured.
- 3.3 The Insurer does not grant the Insurance Indemnity if the Insured needed medical assistance pursuant to:
- a) the deployment of abroad activities of military nature;

b) the practise of underwater activities, excepting the cases where a loading was collected.

3.4 The Insurer does not grant the Insurance Indemnity if the Insured has an accident resulting from the practice of a sport as a professional or within a competition, manifestation or training, excepting the case where an insurance policy was concluded according to art.1 5.

3.5 The Insurer will not indemnify the Insured for baggage delayed for the following reasons:

a) the baggage was confiscated by the customs authorities or by any government authority;

b) shopping made after the arrival at the final destination in Romania/citizenship country/residence country as mentioned on the air company ticket;

c) baggage and/or personal effects that have been forwarded with an air consignment note or waybill;

d) strike or work conflict due to a force majeure situation existing or announced in official documents before travel begin.

4. TERRITORIALITY

The insurance is valid outside the borders of Romania, of the Insured's citizenship country or residence country.

5. THE INSURER'S OBLIGATIONS

5.1 The Insurer has the obligation to deliver the services provided in the contract with the professionalism and alacrity due to the assumed commitment.

5.2 The Insurer has the obligation to pay the Insurance indemnity due upon insured risk occurrence to the Insured/Beneficiary, according to Insurance Conditions.

6. THE INSURED'S OBLIGATIONS

6.1 The Insured is obliged to announce the medical assistance company upon insured event occurrence, according to art. 7.1.

6.2 The Insured is obliged to correctly and fully answer the questions of the application-questionnaire regarding risk circumstances.

6.3 The Insured is obliged to provide the Insurer all data and documents necessary to establish the amount of the Insurance Indemnity. The Insured will have to expressly prove the actual travel begin date.

- 6.4 By the present conditions, the Insured empowers the Insurer to obtain from the attending physicians data regarding his medical history, state of health and applied treatment, releasing them from professional secrecy.
- 6.5 The Insured, his relatives and legal representatives, must consent to the Insured's medical examination by physicians agreed by the Insurer.
- 6.6 The Insured must get informed about the compulsory and recommended vaccines for the zone he is to travel to and to make them.
- 6.7 If the Insured does not respect the obligations provided in art. 6.1-6.6, the Insurer may refuse to pay the indemnity.

7. INSURANCE INDEMNITY PAYMENT

- 7.1 In case of sudden accident or illness, the Insured or his representative has to fulfill the next steps:
- announce by phone the Insurer's collaborator Medical assistance company, at the phone number written in the Insurance Policy, within 48 hours of the event occurrence;
 - provide his insurance policy data as well as information referring to the occurred event;
 - follow the medical assistance company's indications;
 - show the Insurance Policy to the medical staff.

If the Insured does not respect the above steps or the Medical assistance company's indications, the Insurer may refuse to pay the compensation, if that was the reason why the liabilities that lie with the Insurer according to the Insurance Contract could not be established.

The payment of medical expenses will be made directly by Medical assistance company, on the Insured's behalf, excepting the cases where the former provides another procedure.

- 7.2 The Insurer and the medical assistance company are not liable for the delayed execution of the agreed services in case of strikes, explosions, revolts, popular movements, restrictions to free movement, sabotages, terrorist acts, civil war or war, consequences of radioactive sources or any other case of force majeure.
- 7.3 If the procedure of point 7.1 is not followed and there is a justification for this, the Insurer will compensate only after the Insured/Beneficiary:
- proves his right to obtain the Insurance Indemnity;
 - will declare if and which insurances he has concluded for the same risk and what Insurance indemnities he has already collected;
 - will deliver to the Insurer all the documentation requested by the latter. The documents issued in foreign language will be accompanied by their translation and the cost of the translation will be paid by the Insured.

In this case the insurance indemnity request must be sent to the Insurer at the latest 30 days after the Insured Event occurrence.

- 7.3.1 The bills/receipts for medical treatment must include:
- the name of the treated person;
 - the established diagnosis;
 - details about the provided medical treatment or service and the date when they were provided.
- 7.3.2 The prescribed medical prescriptions must be accompanied with documents proving the payment of the purchased medicaments.
- 7.3.3 In case of hospitalisation, the discharge paper as well as the treatment bills will be presented.
- 7.3.4 If the Insured Risk has been caused by an accident, the protocol drawn up by the competent authorities will be presented.
- 7.3.5 As for dental treatment, the bills/receipts must contain information about the treated teeth, the applied treatment and the reason for the intervention.
- 7.3.6 In case of transportation of the Insured to his permanent residence, the expenses will be justified based on receipts (tickets), on the physician's statement specifying the diagnosis and the medical necessity of the transport.
- 7.3.7 In case of transportation of the Insured's dead body, the expenses will be justified based on the receipts and the death certificate where the physician specifies the causes of death.
- 7.4 If the compensation request is fraudulent or obviously exaggerated, or the contract is based on false declarations, the Insurer is entitled to terminate the Insurance Contract and to refuse paying the Insurance Indemnity.
- 7.5 The beginning of the procedure of compensation establishment and assessment does not constitute an acknowledgment of the obligation to indemnify.
- 7.6 The payment of the Insurance Indemnity to the Insured or to his beneficiaries will be made in LEI, at the exchange rate of the National Bank of Romania as of the date when the receipt/bill is issued, maximum 15 days after the filling of the last document requested by the Insurer or by the Medical assistance company or the Insured, where applicable.

8. CONTRACT TERMINATION

- 8.1 The Insurance Contract ceases at 12pm on the expiry date written on the Insurance Policy, or upon the crossing of the border of Romania/the citizenship or residence country, whichever occurs first.
- 8.2 If an illness or an accident occurred during the travel abroad requires treatment also after the Insurance expiry, the Insurer will extend the cover of medical assistance expenses of up to 30 days within the Sum Insured limit, if the Insured can prove that transportation to his permanent residence in Romania was

not possible.

- 8.3 In the case of termination of the contract by the Insured, before the insurance begin date specified in the policy, the Insurer will refund the Insurance Premium, diminished with the expenses made by Policy issue, based on the written request sent prior to the insurance begin date.
- 8.4 In the case of contract termination by the Insured, after the insurance begin date specified in the Policy, the Insurer will not refund the insurance premium.

9. COURT OF COMPETENT JURISDICTION

- 9.1 The conditions of this insurance are completed with the legal provisions in that matter, insofar as they are not regulated by the present conditions.
- 9.2 The misunderstandings coming from the interpretation and execution of the insurance contract will be solved by mutual agreement, and if this is no longer possible, the dispute will be solved, in accordance with the legislation in force, by the court of competent jurisdiction in Romania.

10. FINAL PROVISIONS

- 10.1 The Insurance Contract will be ruled by the Romanian legislation in force regarding insurance and reinsurance and the specific provisions included in these Insurance Conditions.
- 10.2 If it is necessary for the purpose and nature of the Insurance Contract, the contracting parties may, by mutual consent, introduce provisions that differ from the present Insurance Conditions, but in accordance with the legislation in force.
- 10.3 If the Insurer's insolvency is ascertained, the Insured/Beneficiary can turn to the Guarantee Fund, according to Law 136/1995 art.60.