

**CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE PENTRU  
ASIGURAREA DE ACCIDENTE (2020)  
- ÎM CA "GRAWE CARAT ASIGURĂRI" S.A. -  
în vigoare din 21.08.2020**

**Introducere:**

Pentru asigurările de accidente ale CA "GRAWE CARAT Asigurări" SA sunt valabile reglementările corespunzătoare ale Codului Civil al Republicii Moldova, ale legislației în domeniu și prezentele condiții de asigurare pentru asigurarea de accidente, în măsura în care în contractul de asigurare nu există prevederi speciale.

**Partea I – REGLEMENTĂRI GENERALE**

**Articolul 1: Definiția termenilor de bază**

(1) **Asigurătorul** este compania de asigurări CA "GRAWE CARAT Asigurări" SA.

(2) **Solicitantul** este persoana care depune cererea de asigurare. În cazul în care cererea este acceptată și se încheie contractul de asigurare, solicitantul devine contractantul asigurării.

(3) **Contractantul** este persoana fizică sau juridică care, în calitate de partener contractual, încheie contractul de asigurare cu Asigurătorul.

(4) **Asiguratul** este persoana fizică ale cărei interese și integritate fizică sunt asigurate.

(5) **Beneficiarul** este persoana desemnată de Contractantul asigurării, să încaseze indemnizația de asigurare în cazul decesului (și a invalidității permanente, după caz) Asiguratului, iar în alte cazuri asigurate Beneficiar este însăși Asiguratul.

Beneficiarul indemnizației de asigurare în cazul decesului (și a invalidității permanente, după caz) Asiguratului poate fi desemnat doar cu acordul Asiguratului.

(6) **Polița** este documentul scris, emis de Asigurător către Contractant, care confirmă încheierea contractului de asigurare.

(7) **Durata** contractului de asigurare se stabilește de partenerii contractuali și este menționată în polița de asigurare.

(8) **Perioada de asigurare** este perioada pentru care se stabilește prima de asigurare și este de 1 an, în măsura în care contractul nu este încheiat pe o perioadă mai scurtă. Perioada de asigurare începe la data în care intră în vigoare contractul de asigurare, cu excepțiile prevăzute de legislația în vigoare a Republicii Moldova. Această dată este începutul asigurării menționat în poliță.

(9) **Riscul asigurat** este unul sau mai multe evenimente viitoare, posibile, dar incerte prevăzute de contractul de asigurare.

(10) **Cazul asigurat** este producerea riscului asigurat care naște obligația asigurătorului să plătească indemnizația de asigurare.

(11) **Indemnizația de asigurare** este suma pe care Asigurătorul o plătește conform contractului de asigurare după constatarea cazului asigurat.

(12) **Protecția prin asigurare** este obligația Asigurătorului de a plăti indemnizația de asigurare conform contractului de asigurare, la producerea unui risc asigurat.

(13) **Suma Asigurată** este suma maximă pe care Asigurătorul este obligat să o plătească, în conformitate cu condițiile contractului de asigurare, la producerea unui caz asigurat.

(14) **Prima de asigurare** este suma ce trebuie plătită de Contractantul asigurării în schimbul protecției prin asigurare.

**Articolul 2: Contractul de asigurare**

(1) Prin contractul de asigurare se stabilesc de comun acord drepturile și obligațiile partenerilor din contractul de asigurare. Asigurătorul se obligă să plătească indemnizația de asigurare stabilită în contract în cazul producerii a unui caz asigurat. Contractantul se obligă să plătească prima de asigurare.

(2) Cererea de asigurare, polița de asigurare, condițiile de asigurare, contractul de asigurare precum și toate documentele semnate de Contractant constituie baza juridică a contractului de asigurare. De aceea, sunt valabile doar condițiile de asigurare pe care Contractantul le-a primit la încheierea contractului de asigurare, ca parte integrantă a acestuia.

(3) Pentru încheierea contractului de asigurare, contractantul asigurării prezintă asigurătorului o cerere în formă scrisă privind interesul său în asigurare.

(4) După primirea cererii de asigurare, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita completări și prezentarea unor documente suplimentare (în special rezultatele examinărilor medicale). În acest caz, cererea de asigurare se consideră ca fiind ajunsă la Asigurător doar în momentul în care acesta obține completările și documentele solicitate.

**Articolul 3: Durata, perioada și teritorialitatea contractului de asigurare**

(1) Durata contractului de asigurare și perioada asigurată se stabilesc de către partenerii de contract și sunt menționate în contractul sau polița de asigurare.

(2) Teritorialitatea contractului de asigurare este nelimitată, cu condiția ca în polița de asigurare să nu existe prevederi speciale.

**Articolul 4: Schimbarea adresei Contractantului**

(1) În cazul în care Contractantul își schimbă adresa declarată, el este obligat să comunice Asigurătorului noua adresă în decurs de o săptămână de la modificare.

(2) În cazul în care Contractantul își schimbă adresa declarată și nu comunică acest lucru Asigurătorului, va avea efect juridic corespondența trimisă de Asigurător la ultima adresă cunoscută.

(3) În cazul în care Contractantul este o persoană juridică, la schimbarea adresei se aplică reglementările punctelor (1) și (2) ale acestui articol.

(4) În cazul în care Contractantul va pleca și va rămâne în afara granițelor Republicii Moldova pentru o perioadă mai mare de 1 (una) lună, el trebuie să numească o persoană din Republica Moldova, împuternicită să preia declarațiile Asigurătorului către Contractant, în caz contrar aplicându-se reglementările punctului (2) al acestui articol.

**Articolul 5: Termenul pentru efectuarea sau respingerea plății indemnizației de asigurare**

(1) În decurs de o săptămână de la finalizarea investigațiilor și obținerea documentelor necesare pentru stabilirea riscului asigurat și a valorii sumei totale de plată, Asigurătorul trebuie să efectueze plata sau să trimită o înștiințare scrisă referitoare la refuzul plății și la motivul respingerii plății indemnizației de asigurare. Efectuarea plăților în numerar se face la sediul Asigurătorului. Transferul plăților prin virament bancar către Beneficiar se face pe cheltuiala Beneficiarului. Eventualele taxe și impozite legale obligatorii vor fi suportate de către Beneficiar.

(2) Asigurătorul are dreptul să amâne examinarea cererii, dacă din vina Contractantului, a Asiguratului sau a Beneficiarului se complică finalizarea investigațiilor pentru stabilirea circumstanțelor riscului asigurat, a cauzelor producerii acestuia sau pentru stabilirea valorii indemnizației de asigurare.

(3) Dacă există dubii referitoare la dreptul Asiguratului sau Beneficiarului de a încasa indemnizația de asigurare, Asigurătorul are dreptul să amâne examinarea cererii sau efectuarea plății până la obținerea dovezilor necesare. Dacă s-a început o cercetare de către organele abilitate în legătură cu producerea riscului asigurat, împotriva Contractantului, Asiguratului sau Beneficiarului, Asigurătorul are dreptul, în conformitate cu prezentele reglementări, să amâne examinarea cererii sau plata indemnizației până la încheierea cercetării.

**Articolul 6: Prescripția drepturilor asupra indemnizației de asigurare**

(1) Drepturile asupra indemnizației care rezultă din contractul de asigurare se prescriu în termen de trei ani de la data producerii riscului asigurat.

(2) Dacă asigurătorul respinge cererea de plată a indemnizației de asigurare, beneficiarul are dreptul de a contesta refuzul în instanța competentă în termen de 3 ani, începând cu data de la care asigurătorul a comunicat în scris respingerea cererii de plată. După expirarea acestui termen, asigurătorul este absolvit de plată.

**Articolul 7: Obligația de informare la încheierea contractului și încălcarea obligației de informare**

(1) În cererea pentru încheierea unui contract de asigurare, solicitantul asigurării are obligația de a declara toți factorii cunoscuți sau care ar trebui să îi cunoască, relevanți pentru preluarea riscului. Relevanți sunt factorii care pot influența decizia Asigurătorului referitoare la încheierea contractului de asigurare.

Sunt considerați factori relevanți, factorii referitor la care Asigurătorul a adresat întrebări în scris.

(2) Asigurătorul poate solicita rezoluțiunea contractului de asigurare dacă sunt încălcate prevederile punctului (1) cu privire la obligația declarării factorilor relevanți pentru preluarea riscului.

De asemenea, Asigurătorul poate declara rezoluțiunea contractului de asigurare dacă un factor relevant nu a fost declarat intenționat sau dacă s-a făcut o declarație neconformă cu realitatea referitoare la un factor relevant.

(3) Rezoluțiunea contractului este exclusă dacă Asigurătorul a avut cunoștință de factorul nedeclarat sau în cazul în care Contractantul sau Asiguratul nu pot fi făcuți vinovați de nedeclararea, respectiv de declararea neconformă cu realitatea referitoare la un factor relevant.

(4) Asigurătorul poate declara rezoluțiunea contractului de asigurare numai în decurs de o lună de la data la care a luat la cunoștință de încălcarea obligației de furnizare de declarații complete și conforme cu realitatea, cu un termen de preaviz de o lună.

(5) Dacă la încheierea contractului de asigurare Asigurătorul nu a fost informat complet și conform cu realitatea, în sensul prevederilor de mai sus, despre factorii relevanți, Asigurătorul nu poate refuza obligația de plată dacă Beneficiarul dovedește că factorii cu privire la care s-a încălcat obligația furnizării de declarații complete și conforme cu realitatea nu au influențat producerea riscului asigurat sau valoarea indemnizației datorate de Asigurător, inclusiv, factorii nedeclarați nu plasau Asiguratul într-o clasă de risc sporit sau în categoria persoanelor neasigurabile.

#### **Articolul 8: Terțe persoane**

(1) În cazul în care contractul de asigurare se încheie pentru o persoană asigurată diferită de Contractantul asigurării, atunci, pentru valabilitatea contractului, este necesar acordul scris al Asiguratului.

(2) La încheierea contractelor de asigurare pentru asigurați cu vârsta sub 18 ani, Contractantul poate fi unul dintre părinți sau alt reprezentant legal al Asiguratului. Un contract de asigurare pentru un Asigurat cu vârsta sub 18 ani poate fi încheiat și de alte persoane decât cele menționate anterior numai cu acordul scris al părinților sau al altui reprezentant legal al Asiguratului.

(3) În cazul în care contractul de asigurare se încheie de către un împuternicit, pentru absolvirea de plată a Asigurătorului datorită încălcării obligației de furnizare de informații complete și conforme cu realitatea la încheierea contractului, se vor lua în considerare nu numai cunoștințele și rea-crediința reprezentantului, ci și ale Contractantului sau Asiguratului.

(4) Toate prevederile referitoare la Contractant sunt valabile, după caz, pentru asigurați și pentru persoanele care revendică drepturi din contractul de asigurare. Aceste persoane sunt răspunzătoare, alături de Contractant, de îndeplinirea tuturor obligațiilor din contractul de asigurare, cu excepția plății primelor de asigurare. Încălcarea obligațiilor din contractul de asigurare de către aceste persoane are aceleași efecte juridice ca și încălcarea obligațiilor din contractul de asigurare de către Contractant.

(5) După producerea unui risc asigurat, Asigurătorul poate declara, cu efect juridic, refuzul obligației de plată sau rezoluțiunea contractului de asigurare și către o terță persoană împuternicită.

#### **Articolul 9: Prima de asigurare**

(1) Prima de asigurare este indicată în polița și contractul de asigurare și se achită anticipat și integral pentru întreaga perioadă menționată în contract, sau în rate, din care prima rată se plătește înainte de începerea perioadei de asigurare. În cazul în care s-a convenit plata în rate, asigurătorul poate calcula un adaos la prime conform coeficienților stabiliți în tarif.

(2) Asigurătorul nu este obligat să reamintească Contractantului datele la care sunt scadente ratele de primă datorate de acesta.

(3) Neachitarea primei sau unei rate de primă până la data scadentă, are drept consecință rezoluțiunea de drept a contractului de asigurare.

(4) Dacă, conform contractului de asigurare, prima de asigurare este plătită în rate, atunci plata indemnizației de asigurare, pentru cazurile asigurate care apar până la expirarea termenului de plată a ultimei rate, se va efectua doar după stingerea integrală a sumelor datorate indiferent de termenul de plată a acestora. Asigurătorul este în drept să compenseze primele de asigurare datorate din suma indemnizației de asigurare convenite, chiar dacă cel ce pretinde este un terț.

(5) Achitarea se poate efectua prin virament sau în numerar. Dovada plății primelor de asigurare revine Contractantului sau Asiguratului, după caz, înscrisul constatator fiind bonul de casă, dispoziția de plată sau un alt document probator al plății.

(6) În cazul rezoluțiunii contractului Asigurătorul nu va restitui primele pentru perioada de asigurare rămasă în cazul în care se datorează sau au fost achitate indemnizații de asigurare.

#### **Articolul 10: Începutul și încetarea protecției prin asigurare**

(1) Contractul de asigurare intră în vigoare din momentul achitării primei de asigurare sau a primei rate. Protecția prin asigurare începe din momentul menționat în polița de asigurare, dar nu mai devreme de momentul achitării primei de asigurare sau a primei rate.

(2) Contractul de asigurare încetează prin revocare, rezoluțiune, expirare, achitarea indemnizației de asigurare în mărimea sumei asigurate.

#### **Articolul 11: Corespondența oficială**

(1) Cererile și declarațiile referitoare la contractul de asigurare sunt valabile doar dacă au fost făcute în formă scrisă.

(2) Declarațiile Contractantului, ale Asiguratului și ale Beneficiarului sunt valabile numai după primirea acestora la sediul Asigurătorului.

(3) Declarațiile Asigurătorului sunt valabile numai dacă sunt eliberate de la sediul Asigurătorului, cu însemnele acestuia.

#### **Articolul 12: Beneficiari**

(1) La încheierea contractului de asigurare, Contractantul desemnează unul sau mai mulți Beneficiari, cu condiția respectării prevederilor art. 1 (5) al prezentelor condiții. La producerea riscului asigurat, Beneficiarii au dreptul de a încasa indemnizația de asigurare. Până la producerea riscului asigurat și cu acordul Asiguratului, Contractantul poate schimba oricând Beneficiarii stabiliți conform contractului de asigurare.

(2) În cazul în care Contractantul și Asiguratul nu au dispus altfel, atunci când sunt mai mulți Beneficiari desemnați, aceștia au drepturi egale asupra indemnizației de asigurare.

(3) Dacă unul dintre Beneficiari nu-și poate primi cota din indemnizația de asigurare (din motivele expuse mai jos), aceasta se va acorda proporțional celorlalți Beneficiari.

(4) Modificarea Beneficiarilor este recunoscută cu efect juridic de către Asigurător doar dacă aceasta este în formă scrisă.

(5) Dacă niciunul dintre Beneficiarii desemnați nu supraviețuiește până la data solicitării indemnizației de asigurare, pentru cazul asigurat – deces al Asiguratului, indemnizația se va plăti moștenitorilor Asiguratului. În cazul în care Beneficiarul desemnat decedează ulterior formulării solicitării plății indemnizației de asigurare, aceasta se va plăti moștenitorilor Beneficiarului desemnat.

#### **Articolul 13: Pierderea poliței de asigurare**

(1) Pierderea sau distrugerea poliței de asigurare se face cunoscută Asigurătorului în decurs de o săptămână de la data la care Contractantul sau Asiguratul au cunoscut acest fapt. La cerere, Asigurătorul va emite un duplicat al poliței de asigurare. În acest caz polița pierdută nu mai are valabilitate.

#### **Articolul 14: Instanța competentă și legislația aplicabilă**

(1) În cazul neexecutării sau executării necorespunzătoare a condițiilor Contractului de asigurare de către părțile acestuia, litigiile apărute vor fi soluționate prin negocieri.

(2) Litigiile care nu au putut fi soluționate prin negocieri vor fi soluționate în conformitate cu legislația Republicii Moldova.

(3) Prezentele condiții sunt aprobate și notificate autorității de supraveghere în limba de stat. În cazul unor discrepanțe între versiunile traduse în alte limbi, prevalează versiunea în limba de stat.

### **Partea II – REGLEMENTĂRI SPECIALE**

#### **Articolul 15: Obiectul asigurării**

(1) Asigurătorul oferă protecție prin asigurare dacă Asiguratul suferă un accident.

Sumele Asigurate în contractul de asigurare sunt trecute în poliță iar indemnizațiile sunt definite prin prevederile articolelor 20, 21, 22, 23, 24 și 25 ale prezentelor condiții de asigurare.

#### **Articolul 16: Noțiunea de accident**

(1) Se consideră accident evenimentul care se produce independent de voința Asiguratului, care are efect spontan și din exterior asupra corpului său din punct de vedere mecanic sau chimic și care aduce cu sine o vătămare corporală sau decesul.

(2) Se consideră accidente și următoarele evenimente care se produc fără voia Asiguratului:

- înec;
- leziuni termice, efectele fulgerului sau curentului electric;
- inhalarea de gaze sau vapori, ingerarea de substanțe toxice, excluzând cazul în care aceste acțiuni se petrec treptat;

- fracturi de oase cu sechele permanente, rupturi de mușchi, tendoane, ligamente și vene, cu sechele permanente, precum și afecțiuni mecanice cu sechele permanente ale coloanei vertebrale.

(3) Protecția prin asigurare se referă și la accidente ale Asiguratului ca pasager în avioane admise pentru transportul de persoane. Pasagerul de zbor este o persoană care nu participă la conducerea navei aeriene, nu este membru al echipajului și nici nu exercită o activitate profesională în timpul folosirii navei aeriene.

(4) Bolile, inclusiv bolile transmisibile, nu sunt considerate accidente și nici consecințe ale unui accident. Tetanosul și rabia sunt asigurate doar dacă au fost cauzate în urma unui accident conform punctului (1).

#### Articolul 17: Persoanele care nu pot fi asigurate

(1) Persoanele care nu pot fi asigurate sunt acele persoane care sunt inapate de muncă sau suferă de boli grave ale sistemului nervos, precum și bolnavii cu patologii psihice. O persoană este considerată inaptă de muncă în sensul prezentelor condiții de asigurare, dacă din punct de vedere medical acelei persoane nu i se poate pretinde prestarea unei activități, din cauza unei boli sau infirmități și nu desfășoară o activitate care să îi aducă venituri.

(2) Dacă s-a încheiat un contract de asigurare cu o persoană care nu poate fi asigurată prin încălcarea obligației de furnizare de informații complete și conforme cu realitatea la încheierea contractului de asigurare, atunci se aplică reglementările articolului 7 al acestor condiții.

(3) Dacă în perioada de asigurare a contractului de asigurare un Asigurat a intrat în categoria persoanelor care nu pot fi asigurate, protecția prin asigurare în caz de accident încetează.

Rezoluțiunea contractului de asigurare produce efecte de la data la care persoana a intrat în categoria persoanelor care nu pot fi asigurate.

#### Articolul 18: Excluderi

Din asigurare sunt excluse accidentele:

(1) care se produc în timpul folosirii aparatelor de zbor și la săritura cu parașuta, precum și la folosirea de nave aeriene, atât timp cât aceste evenimente nu sunt cele precizate la articolul 16, punctul (3);

(2) care se datorează participării la competiții în sporturile cu motor (de asemenea, întreceri și raliuri) și cursele de antrenament pentru aceste întreceri;

(3) produse ca urmare a participării la competiții regionale, naționale sau internaționale în sporturi ca schi, săritura de la trambulină, bob, bob-schi sau skeleton, precum și la antrenamentele oficiale în vederea acestor manifestări competiționale;

(4) produse din cauza încercării sau comiterii intenționate a unei contravenții sau infracțiuni de către Asigurat;

(5) care sunt în legătură directă sau indirectă cu:

(5.1) evenimentele de război de orice fel, cu sau fără declarație de război, inclusiv toate actele de violență ale statelor și toate actele de violență ale organizațiilor politice sau ale organizațiilor teroriste;

(5.2) mișcările sociale interne (dacă Asiguratul a luat parte la acestea de partea instigatorilor), războaiele civile, revoluțiile, rebeliunile, răscoalele;

(5.3) orice măsuri militare sau oficiale care sunt în legătură cu evenimentele menționate la punctele (5.1) și (5.2);

(5.4) efectele directe sau indirecte ale energiei nucleare, izotopilor radioactivi sau razelor ionizante; alte dezastre tehnogene;

(6) pe care Asiguratul le suferă ca urmare a unui infarct miocardic sau a unui atac de apoplexie. Un infarct miocardic sau un atac de apoplexie nu pot fi în nici un caz considerate consecință a unui accident;

(7) suferite de Asigurat în urma unor tulburări de conștiință, sau determinate de afectări esențiale a capacității psihice din cauza consumului de alcool, drogurilor, precursorilor, etnobotanicelor, și analogii acestora, sau medicamente fără prescripția medicului, precum și medicamentele ce limitează unele funcții;

Accidentul se consideră produs în urma consumului de alcool de către Asigurat dacă:

- Asiguratul în calitate de șofer al autovehiculului, în momentul survenirii riscului asigurat avea concentrarea alcoolului în sânge mai mare de 10,8 moli (0,5‰);

- dacă Asiguratul refuză sau se eschivează de la procesul de stabilire a stării de ebrietate

(8) datorate leziunilor corporale produse în timpul unor tratamente sau operații pe care Asiguratul și le-a efectuat singur sau i s-au efectuat, în cazul în care riscul asigurat nu a fost motivul pentru aceste tratamente sau operații. În cazul în care riscul asigurat a fost motivul efectuării tratamentelor sau operațiilor, punctul (5.4) nu se aplică;

(9) care i se produc Asiguratului ca șofer al unui vehicul pentru care nu posedă permis de conducere valabil pentru conducerea pe drumuri publice; această prevedere este valabilă și dacă vehiculul nu este condus pe drumuri publice;

(10) dacă Asiguratul decedează ca persoană aflată într-un vehicul al cărui conducător se afla sub influența alcoolului, drogurilor, precursorilor, etnobotanicelor și analogii acestora sau medicamentelor; restricția nu se aplică în cazul în care Asiguratul nu poate fi făcut responsabil de neluarea la cunoștință a pericolului;

(11) dacă Asiguratul este condamnat la moarte și condamnarea se execută sau dacă Asiguratul este ucis;

(12) dacă Asiguratul se sinucide sau suferă un accident în urma tentativei de sinucidere;

(13) nu există protecție prin asigurare pentru consecințele, respectiv pentru agravarea consecințelor accidentului, dacă Asiguratul nu solicită imediat ajutor medical, nu urmează complet tratamentul, nu-și facilitează restabilirea și nu previne și diminuează, în măsura posibilităților, consecințele accidentului.

(14) care sunt rezultatul oricăror încălcări ale tehnicii de securitate.

#### Articolul 19: Limitările obiective ale protecției prin asigurare

(1) Indemnizația se plătește doar la urmările cauzate de un accident (vătămare corporală sau deces).

(2) Dacă în urma accidentului a fost afectată o funcție corporală sau mentală care fusese afectată înainte de accident, proporția invalidității stabilite se va diminua cu proporția invalidității precedente. Proporția invalidității precedente se va stabili conform articolului 20.

(3) Dacă urmările accidentului au fost influențate de boli sau infirmități anterioare accidentului, a căror proporție este de minimum 25%, indemnizația se diminuează corespunzător proporției bolilor sau infirmităților anterioare.

(4) În cazul tulburărilor sistemului nervos se plătesc indemnizații numai dacă, și în măsura în care, această tulburare este consecința unei vătămări produse prin accident. Tulburările psihice (nevroză și psihoză) nu sunt considerate urmări ale unui accident.

(5) Se plătesc indemnizații pentru herniile de disc numai dacă acestea au apărut prin acțiunea mecanică directă, din exterior, asupra coloanei vertebrale și nu este vorba de o înrăutățire a simptomelor existente înaintea accidentului sau apariția simptomelor din alt motiv.

(6) Se plătesc indemnizații pentru hernii abdominale și rupturi de orice fel în zona pelviană numai dacă acestea s-au produs prin acțiune mecanică directă din exterior, Asiguratul nefiind predispus la acest fel de îmbolnăviri.

#### Articolul 20: Invaliditate permanentă

(1) Dacă în decursul unui an începând de la ziua accidentului se constată că în urma accidentului a rezultat o invaliditate permanentă, Asiguratul va plăti procentele corespunzătoare din suma asigurată (indemnizație de asigurare). În cazul plății indemnizației în urma constatării invalidității permanente ca rezultat al accidentului se scad indemnizațiile deja achitate pentru trauma ce a dus la invaliditatea permanentă, obținută din cauza aceluiași accident.

(2) Invaliditatea permanentă se determină conform următoarelor prevederi:

(2.1) în cazul pierderii membrului, a organului sau în cazul pierderii totale a funcțiilor:

- unui braț.....	70%
- unei mâini .....	60%
- unui deget mare de la mână (police).....	20%
- unui deget arătător .....	10%
- unui alt deget de la mână.....	5%
- unui picior .....	70%
- unui picior până la jumătatea gambei.....	50%
- unui deget mare de la picior.....	5%
- unui alt deget de la picior .....	2%
- pierderea totală și permanentă a vederii la ambii ochi.....	100%
- pierderea totală și permanentă a vederii la un ochi .....	35%
- pierderea totală și permanentă a vederii la un ochi în cazul în care puterea vizuală a celuilalt ochi s-a pierdut înaintea începutului asigurării .....	65%
- pierderea totală și permanentă a auzului la ambele urechi .....	60%
- pierderea totală și permanentă a auzului la una din urechi .....	15%

- pierderea totală și permanentă a auzului la una din urechi în cazul în care auzul celeilalte urechi s-a pierdut înaintea începutului asigurării ..... 45%
- pierderea totală și permanentă a senzației olfactive ..... 10%
- pierderea totală și permanentă a senzației gustative ..... 5%

(2.2) În cazul pierderii totale sau parțiale a funcțiunii părților corpului sau organelor mai sus menționate se vor aplica reglementările punctului (2.1). În cazul reducerii parțiale a funcțiunii sau pierderii parțiale a brațelor sau picioarelor, procentajul se va aplica proporțional pentru întreaga extremitate.

(3) În cazul în care proporția invalidității nu poate fi stabilită conform punctului (2), se va lua în considerare afectarea corporală sau psihică în urma accidentului din punct de vedere medical.

(4) În cazul afectării mai multor membre sau organe, valorile procentuale rezultate de la punctele (2) și (3) se vor cumula. Gradul de invaliditate nu poate să fie niciodată mai mare de 100%.

(5) În decursul unui an de la accident se va determina proporția indemnizației pentru invaliditate permanentă, în funcție de tipul și proporția urmărilor accidentului, stabilite definitiv din punct de vedere medical.

(6) În cazul în care proporția invalidității permanente nu a fost stabilită definitiv din punct de vedere medical, atât Asigurătorul, cât și Asiguratul sunt îndreptățiți să dispună constatarea proporției invalidității anual, pe o perioadă de 4 ani de la ziua accidentului. După doi ani de la ziua accidentului, proporția invalidității permanente se stabilește și de comisia de medici. Dacă prin stabilirea unei proporții mai mari rezultă o despăgubire mai mare decât aceea pe care a plătit-o Asigurătorul, diferența de sumă se va plăti în decurs de o lună de la determinarea sumei definitive.

(7) Dacă Asiguratul decedează:

(7.1) din cauza accidentului, în timp de un an de la accident, nu poate fi revendicată o indemnizație pentru invaliditate permanentă;

(7.2) din altă cauză decât din cauza accidentului, în timp de un an de la accident, Asigurătorul va plăti indemnizația conform proporției invalidității permanente rezultate pe baza ultimelor examinări medicale;

(7.3) din cauza accidentului sau din altă cauză decât din cauza accidentului, la mai mult de un an de la accident, Asigurătorul va plăti indemnizația conform proporției invalidității permanente rezultate pe baza ultimelor examinări medicale.

#### **Articolul 21: Cazul de deces**

(1) Dacă decesul are loc în decurs de un an de la ziua accidentului ca urmare a acestuia, Asigurătorul va plăti suma asigurată pentru deces din accident.

(2) La plata sumei pentru cazul de deces din accident se scad numai indemnizațiile care au fost deja plătite pentru invaliditate permanentă și/sau trauma din cauza aceluiași accident.

#### **Articolul 22: Trauma**

(1) Trauma – dereglarea integrității anatomice și/sau fiziologice a funcțiilor țesuturilor și organelor ca rezultat al unui accident, confirmată de medicul specialist conform criteriilor clinice și instrumentale specifice.

(2) În cazul traumei obținute în urma accidentului, Asigurătorul achită Asiguratului procentul corespunzător din suma de asigurare pentru traumă (indemnizația de asigurare).

(3) Pentru fiecare traumă, Asigurătorul va plăti un procentaj din suma asigurată, așa cum este prevăzut în Anexa „Tabelul de determinare a mărimii indemnizațiilor de asigurare pentru riscul „Trauma” valabilă la data apariției riscului asigurat.

(4) În cazul traumării mai multor părți ale corpului sau organelor, procentele corespunzătoare ce reies din punctele (2) și (3) se cumulează, iar mărirea indemnizației de asigurare nu poate depăși 100%.

#### **Articolul 23: Indemnizația de spitalizare**

(1) Se acordă indemnizație de spitalizare pentru fiecare zi calendaristică în care Asiguratul este internat într-un spital pentru a fi tratat în urma unui risc asigurat, cel mult însă pentru 180 de zile pe parcursul unui an de la data accidentului.

(2) Sunt considerate spitale Instituțiile Medico-Sanitare Publice și private și sanatoriile aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, pentru bolnavii care se află sub conducere și supraveghere medicală permanentă și care nu se limitează la aplicarea unor anumite metode de tratament, precum și centrele de reabilitare ale asigurărilor sociale și spitalele instituțiilor.

(3) Nu sunt considerate spitale în sensul prezentelor condiții instituțiile private de reabilitare, instituțiile de tratament și îngrijire pentru bolnavii cu afecțiuni pulmonare, bolnavii cronici, centrele de odihnă și tratament, căminele de bătrâni și instituțiile de tratament și îngrijire pentru suferinzi de boli neuropsihice.

(4) Nu se plătește indemnizație zilnică dacă numărul zilelor de spitalizare sau al celor de incapacitate temporară de muncă este mai mic de 4 zile. Din ziua a 4-a se plătește indemnizația pentru toate zilele de spitalizare sau de incapacitate.

#### **Articolul 24: Fracturi**

În cazul fracturilor produse în urma unui accident, Asigurătorul va plăti o indemnizație unică stabilită în polița de asigurare, indiferent de numărul oaselor fracturate în urma accidentului. Asigurătorul plătește indemnizația unică pentru fracturi și în cazul în care în urma accidentului este afectat cartilajul din zona de creștere, astfel încât este necesar un tratament medical.

#### **Articolul 25: Cheltuieli în caz de accident**

(1) Se plătesc indemnizații pentru cheltuielile prilejuite de accident, apărute în termen de 2 ani de la data accidentului, în limita stabilită în polița de asigurare.

(2) Cheltuielile în caz de accident sunt:

(2.1) Cheltuieli de vindecare – sunt cheltuielile apărute pentru înlăturarea urmărilor accidentului, conform recomandării medicului și sub supravegherea acestuia. Printre acestea se numără și cheltuielile de transport pentru tratament inițial al Asiguratului ca urmare a producerii unui risc asigurat, precum și prima achiziționare a protezelor pentru membre și protezelor dentare, precum și alte prime achiziții necesare conform opiniei medicale. Nu se despăgubesc cheltuielile legate de recuperare și fizioterapie, transplantul de organe, tratamentul psihoterapeutic, repararea sau reînlocuirea unei proteze dentare, unei proteze pentru membre sau altor dispozitive artificiale.

(3) Cheltuieli de salvare – sunt cheltuielile apărute în cazul în care Asiguratul:

(3.1) a suferit un accident sau se află în pericol pe uscat sau în apă și trebuie salvat, fiind vătămat sau nevătămat;

(3.2) a decedat din cauza unui accident sau pericol pe apă sau pe uscat și trebuie recuperat.

Cheltuielile de salvare sunt cheltuielile dovedite, legate de căutarea Asiguratului și transportul efectuat de servicii de urgență de specialitate, până la cel mai apropiat spital, până la cel mai apropiat medic sau până la primul drum practicabil.

(4) Cheltuieli de transport sunt cheltuielile cu transportul determinat de accident și recomandat de medic pentru Asiguratul accidentat, în afara zonei sale de domiciliu, de la locul accidentului până la spitalul la care a fost adus Asiguratul după accident, respectiv la spitalul cel mai apropiat de domiciliul său. În cazul accidentului mortal se suportă și cheltuielile transportării decedatului la ultimul său domiciliu din Republica Moldova.

#### **Articolul 26: Procedura în caz de divergențe de opinie (comisia medicală)**

(1) Comisia medicilor va interveni în caz de neînțelegere între partenerii contractuali referitor la tipul și proporția urmărilor accidentului, la măsura în care leziunile sunt consecința riscului asigurat, la influența bolilor sau infirmităților asupra urmărilor accidentului, precum și în cazul articolului 20 - punctul (6).

(2) În caz de neînțelegere conform punctului (1) al acestui articol, Contractantul poate să conteste în decurs de 6 luni declarația Asiguratului cu privire la recunoașterea sau respingerea obligației de plată a indemnizației și la valoarea acesteia, și să solicite decizia comisiei medicilor.

(3) Asigurătorul are de asemenea dreptul să solicite decizia comisiei medicilor.

(4) Pentru componența comisiei medicilor, atât Asigurătorul, cât și Contractantul trebuie să numească câte un medic din Republica Moldova, care să se regăsească pe o listă de medici aprobată de organul competent conform legislației în vigoare, în decurs de două săptămâni de la data primirii somației scrise. Ambii medici vor alege de comun acord un al treilea medic, președinte al comisiei. În situația în care cei doi medici nominalizați de Asigurator, respectiv de Contractantul asigurării, nu se vor putea pune de acord asupra unei decizii finale, președintele comisiei va lua decizia finală, pe baza observațiilor ambilor medici.

(5) Asiguratul este obligat să se supună examinării comisiei medicilor, să accepte și să se supună procedurilor pe care comisia medicilor le consideră necesare.

(6) Comisia medicilor trebuie să întocmească un proces-verbal comun, în care se justifică în scris decizia. În caz de neînțelegere, fiecare medic trebuie să-și menționeze separat punctul de vedere în procesul-verbal. Dacă este necesară decizia președintelui comisiei, atunci și acesta trebuie să își argumenteze decizia în procesul-verbal. Actele procedurii se vor păstra la Asigurător.

(7) Cheltuielile comisiei medicilor vor fi stabilite de comisia medicilor și vor fi suportate de Asigurător și Contractant, în funcție de rezultatul reevaluării. În cazul aplicării articolului 20 punctul (6), cheltuielile vor fi suportate de partenerul contractual care a cerut reevaluarea. Procentajul cheltuielilor suportate de către Contractant este limitat la 1% din suma asigurată în caz de deces și invaliditate, însă cel mai mult la 25% din suma care se află în discuție.

(8) Pe durata procedurii comisiei medicilor nu se plătesc din principiu indemnizații de asigurare, acestea neputând fi revendicate nici în instanță.

#### **Articolul 27: Schimbarea profesiei sau a ocupației Asiguratului**

(1) Schimbarea profesiei sau a ocupației Asiguratului față de cele declarate în cererea de asigurare, respectiv în contractul de asigurare la încheierea asigurării, trebuie să fie comunicate Asigurătorului în decurs de o săptămână. Recrutarea în serviciul militar normal, precum și exercițiile militare pe termen scurt nu sunt considerate ca schimbare a profesiei sau a ocupației.

(2) În cazul în care, conform tarifului de asigurare al Asigurătorului, ca urmare a schimbării profesiei sau ocupației Asiguratului, rezultă o primă de asigurare mai mică decât cea inițială, atunci se va plăti de la data acceptării declarației Asiguratului, prima de asigurare micșorată.

(3) Dacă în urma schimbării profesiei sau ocupației Asiguratului, rezultă o primă de asigurare mai mare, se acordă protecție completă prin asigurare și pentru profesia sau ocupația nouă a Asiguratului timp de 3 luni de la data la care declarația Asiguratului ar trebui să ajungă la Asigurător. Dacă după aceste 3 luni se produce un risc asigurat ca urmare a practicării noii profesii sau ocupații a Asiguratului, fără să se fi stabilit între timp, de comun acord între partenerii contractuali, o primă de asigurare mai mare, obligația de plată a Asigurătorului se va stabili pornind de la prima de asigurare inițială pe baza căreia, conform tarifului de asigurare corespunzător noii profesii sau ocupații a Asiguratului, se va stabili o nouă sumă asigurată modificată.

(4) În cazul în care, conform tarifului de asigurare al Asigurătorului, nu se poate încheia o asigurare în caz de accident pentru profesia sau ocupația nouă a Asiguratului, Contractul de asigurare încetează la data schimbării și Asigurătorul este absolvit de plată oricăror indemnizații pentru evenimentele viitoare.

#### **Articolul 28: Reglementări pentru plata indemnizației**

Beneficiarul care solicită indemnizația de asigurare are următoarele obligații:

(1) Asigurătorul trebuie să fie înștiințat imediat cu privire la accident, în maximum zece zile de la producerea acestuia.

(2) Decesul Asiguratului trebuie să fie comunicat în scris Asigurătorului în decurs de 24 ore, obligație valabilă și dacă accidentul a fost deja anunțat. Dacă Asigurătorul nu poate fi înștiințat în scris în decurs de 24 ore, anunțul se poate face și prin telex, fax, e-mail sau telefonic.

(3) Asigurătorul are dreptul să solicite examinarea, autopsia, iar dacă este necesar chiar și exhumarea victimei.

(4) După primirea formularului pentru anunțarea accidentului de la Asigurător, acesta va fi completat și trimis fără întârziere Asigurătorului; în plus, vor fi furnizate Asigurătorului toate informațiile complete și conforme cu realitatea, solicitate de acesta.

În scopul examinării cererii, Contractantul, Asiguratul sau Beneficiarul sunt obligați să prezinte Asigurătorului următoarele acte, după caz:

1. cererea Asiguratului accidentat, care să conțină circumstanțele accidentului/formularul stabilit de Asigurător;
2. certificatul de adresare primară la instituția medicală, în original, care să conțină semnătura și parafa medicului și a instituției medicale;
3. în caz de tratament staționar, copia extrasului medical confirmată cu parafa medicului și a instituției medicale, în unele cazuri copia fișei medicale din staționar, confirmată cu parafa medicului și a instituției medicale;
4. în caz de tratament ambulator, extras medical în original, în unele cazuri copia fișei medicale confirmată cu parafa medicului și a instituției medicale;
5. radiografiile în original în caz de fracturi sau alte leziuni confirmate radiografic și/sau rezultatele altor investigații efectuate în caz de necesitate;
6. copii ale certificatelor de concediu medical;

7. copia poliței de asigurare și contractului;
8. procesul-verbal de cercetare a accidentului de muncă, în caz de accident la locul de muncă;
9. în caz de accident rutier copia procesului-verbal întocmit de poliție;
10. în caz de deces a Asiguratului în urma unui accident copia autentificată notarial a certificatului de deces, copia autentificată notarial a certificatului medical constatator al decesului, Raportul de examinare medico-legal și rezultatul expertizei medico-legale pentru determinarea nivelului de alcool în sânge;
11. copia actului de identitate a Asiguratului accidentat și în caz de necesitate ale Beneficiarilor;
12. din partea Asiguraților minori cerere de la reprezentantul legal sau tutorele și copia documentului care atestă acest fapt;
13. datele bancare ale Beneficiarului;
14. alte acte în original sau copii, în caz de necesitate.

(5) Să împuternicească Asigurătorul și să contribuie în scopul obținerii de la medicul curant sau spitalul la care se tratează Asiguratul, precum și de la medicii sau spitalele la care Asiguratul este sau a fost tratat sau consultat din alte cauze, informațiile solicitate și rapoartele medicale. Dacă accidentul este anunțat altor asigurători sau instituții, Asigurătorul va fi de asemenea îndreptățit în sensul mai sus amintit.

(6) Să împuternicească Asigurătorul și să contribuie în scopul obținerii de la autoritățile care se ocupă de accident toate informațiile solicitate de acesta.

(7) Asigurătorul este îndreptățit să solicite Asiguratului să se supună unei noi examinări medicale efectuate de medici numiți de Asigurător.

(8) În cazul în care există și o altă asigurare pentru cheltuieli în caz de accident, Asigurătorului îi vor fi transmise documentele originale. Dacă pentru același Asigurat sunt încheiate mai multe contracte de asigurare, Asigurătorul este obligat să plătească doar partea din prejudiciu prilejuit de survenirea cazului asigurat, egală cu raportul dintre răspunderea stabilită de contract și valoarea totală a răspunderii stabilite prin toate contractele, fără ca Asiguratul să poată încasa un prejudiciu prilejuit de survenirea cazului asigurat mai mare decât prejudiciul efectiv prilejuit de survenirea cazului asigurat, consecință directă a riscului. Asiguratul are obligația să declare existența unor alte asigurări pentru aceleași riscuri prilejuite de survenirea cazului asigurat la diferiți Asigurați, atât la încheierea contractului de asigurare, cât și pe parcursul executării lui.

(9) În cazul unui accident rutier, Asiguratul este obligat în calitate de șofer al unui autovehicul, să solicite testarea alcoolemiei conform prevederilor legale în vigoare.

Asigurătorul este absolvit total sau parțial de plata indemnizației dacă obligațiile stipulate la punctele 1-9 vor fi încălcate, iar din această cauză nu se pot clarifica circumstanțele esențiale ale accidentului.

#### **Articolul 29: Reglementări speciale pentru plata indemnizației**

(1) Beneficiarul asigurării își pierde dreptul la indemnizație dacă produce intenționat accidentul Asiguratului.

(2) Asigurătorul este absolvit de plată dacă Asiguratul produce accidentul intenționat.

#### **Articolul 30: Reglementări finale**

Dacă este necesar, în funcție de scopul și caracterul asigurării, se pot include în contractul de asigurare prevederi diferite de cele din prezentele condiții generale de asigurare.

**CONDIȚII SPECIALE PENTRU ASIGURAREA DE  
ACCIDENTE COLECTIVĂ (CSAAC) (2020)  
CA "GRAWE CARAT ASIGURĂRI" S.A.  
În vigoare din 21.08.2020**

Condițiile generale pentru asigurările de accidente ale CA "GRAWE CARAT Asigurări" SA (CGAA) se aplică în măsura în care prezentele condiții speciale nu există reglementări speciale.

**Articolul 1. Forme de asigurare**

În funcție de forma de asigurare stabilită, contractul de asigurare se consideră încheiat ca asigurare colectivă de accident:

- nenominală (fără menționarea numelui Asiguratului) sau
- nominală (cu menționarea numelui Asiguratului)

**Articolul 2. Prevederi comune**

(1) **Sumele asigurate** se stabilesc conform asigurării de sume fixe.

(2) **Protecția prin asigurare pentru pasagerii din avion**

Dacă mai mulți Asigurați prin prezentul contract de asigurare sunt simultan pasageri în același avion, pentru pasagerul în avion (Articolul 16 (3) CGAA), limita maximă a sumei indemnizațiilor de asigurare este 5.000.000,00 MDL- sau echivalentul acestei sume în EUR/USD.

Dacă suma revendicărilor contractuale individuale ale acestor Asigurați depășește limita de 5.000.000,00MDL, indemnizația pentru fiecare Asigurat se reduce în raport cu suma revendicărilor contractuale individuale față de suma-limită de 5.000.000,00 MDL sau echivalent acestei sume în EUR/USD.

(3) **Încetarea protecției prin asigurare**

În cazul în care contractul de muncă al unui Asigurat încetează sau asiguratul iese din categoria persoanelor asigurate, protecția prin asigurare încetează pentru acel asigurat, contractul colectiv de asigurare rămânând valabil.

**Articolul 3. Asigurare colectivă de accidente nenominală**

(1) **Asigurații**

Sunt asigurate, în măsura în care nu cad sub incidența articolului 17 CGAA, toate persoanele care aparțin unui grup bine definit. Gruparea Asiguraților trebuie făcută astfel încât, în caz de accident, să nu existe nici un dubiu referitor la apartenența persoanei la categoria persoanelor asigurate.

(2) **Prima de asigurare**

(2.1) Calculul primelor se efectuează, luându-se în considerare un nivel în conformitate cu clasele de risc.

După derularea fiecărei perioade de asigurare, Contractantul va indica activitățile desfășurate de Asigurați pentru încadrarea tarifară și va dovedi conformitatea acestora în termen de o săptămână de la primirea solicitării Asiguratorului în acest sens.

Asiguratorul întocmește, după primirea datelor de la Contractant, calculul definitiv; suma în plus sau în minus este scadentă la două săptămâni de la primirea calculului.

(2.2) În cazul în care Contractantul nu a furnizat datele la timp, Asiguratorul poate opta fie pentru solicitarea furnizării datelor, fie să pretindă o primă suplimentară. Dacă datele nefurnizate se referă la prima anuală inițială sau la prima aferentă unei durate mai mici de un an, această primă suplimentară constă într-o sumă egală cu prima inițială plătită, în caz contrar constă într-o sumă egală cu prima pentru anul de asigurare precedent.

(3) **Dreptul de verificare al Asiguratorului**

Asiguratorul își rezervă dreptul de a verifica datele comunicate de Contractant. În acest sens, Contractantul trebuie să prezinte toate documentele semnificative și să declare toți factorii cunoscuți lor sau care ar trebui să îi cunoască, relevanți pentru preluarea riscului.

**Articolul 4. Asigurare colectivă de accidente nominală**

(1) **Asigurații**

Sunt asigurate, în măsura în care nu cad sub incidența articolului 17 CGAA, toate persoanele care sunt comunicate Asiguratorului cu nume, prenume, data nașterii, profesie și adresă, precum și cu sumele asigurate solicitate.

(2) **Includerea și excluderea Asiguraților**

Pentru persoanele care urmează a fi incluse în contractul de asigurare, asigurarea intră în vigoare odată cu acordarea de către Asigurator a protecției prin asigurare.

Persoanele care urmează a fi excluse din contractul de asigurare trebuie comunicate Asiguratorului.