

Cerere - Chestionar
Asigurarea Mixtă de Viață
PRACTIC PLUS

Ver. Februarie 2025

TOATE CÂMPURILE MARCATE CU ROȘU SUNT OBLIGATORII ȘI SE COMPLETEAZĂ CU MAJUSCULE

PRACTIC PLUS

Număr cerere

Pentru fiecare persoană fizică/ juridică nominalizată mai jos, vă rugăm să atașați copie după documentul de identitate / CUI după caz.

I. CONTRACTANTUL - PERSOANĂ FIZICĂ (PF) (În cazul în care Contractantul și Asiguratul sunt una și aceeași persoană, se va completa doar rubrica "Asiguratul")

Numele și Prenumele Sexul M F

Codul Numeric Personal (CNP) Naționalitate/ Țara de origine

Locul Nașterii (Localitatea) Cetățenia* În cazul în care dețineți mai multe cetățenii, vă rugăm să le specificați

Rezident Fiscal în România DA NU (În cazul nerezidenților se va atașa certificatul de înregistrare fiscală/documentul de identificare din țara de rezidență și se vor completa câmpurile de mai jos). Țara de rezidență fiscală (alta decât România)

Numărul de identificare fiscală (NIF)

Adresa de corespondență (se completează dacă este diferită de adresa de domiciliu) Str.

Nr. Bl. Sc. Ap. Localitate Județ

Telefon E-mail Ocupație

Numele angajatorului actual Domeniul de activitate

Persoană expusă public (PEP) DA NU

Dețin calitatea de membru al familiei, am o relație de afaceri sau sunt asociat / apropiat cu o persoană care deține o funcție publică (PEP) NU DA Vă rugăm dați detalii:

Sursa fondurilor Salariu Pensie Alte surse și anume

Declar pe propria răspundere, sub sancțiunea legii, că sunt nu sunt beneficiarul real al fondurilor deținute în numele meu.

Vă rugăm precizați relația dintre Contractant și Asigurat

II. CONTRACTANTUL - PERSOANĂ JURIDICĂ (PJ) Denumirea

Forma juridică: SRL, SA, PFA/PFI, Altele

Banca

Codul IBAN

Având număr de ordine în registrul comerțului Cod Unic de Înregistrare (CUI)

Adresa de corespondență (se completează dacă este diferită de sediul social) Str.

Nr. Bl. Sc. Ap. Localitate Județ

Domeniul de activitate

Telefon E-mail

Cod CAEN (tipul și natura activității desfășurate)

declar pe proprie răspundere, în conformitate cu prevederile art. 56 din Legea 129/2019, cu modificările și completările ulterioare, cunoscând dispozițiile prevăzute de art. 326 Cod penal, că beneficiarul/ beneficiarii real/i al/ai persoanei juridice, precum și modalitatea de exercitare a controlului sunt:

1. Nume și prenume Data naștere

Naționalitate/ Țara de origine Locul Nașterii (Localitatea) Cetățenia

CNP / Echivalentul acestuia pentru persoane străine

Procentul de deținere sau control în cadrul Contractantului PJ Persoană expusă public (PEP) DA NU

Dețin calitatea de membru al familiei, am o relație de afaceri sau sunt asociat / apropiat cu o persoană care deține o funcție publică (PEP) NU DA Vă rugăm dați detalii:

Sursa fondurilor Salariu Pensie Alte surse și anume

Declar pe propria răspundere, sub sancțiunea legii, că sunt nu sunt beneficiarul real al fondurilor deținute în numele meu.

2. Nume și prenume _____ **Data naștere** _____
Naționalitate/ Țara de origine _____ **Locul Nașterii (Localitatea)** _____ **Cetățenia** _____
CNP / Echivalentul acestuia pentru persoane straine
Procentul de deținere sau control în cadrul Contractantului PJ _____ **Persoană expusă public (PEP)** ☐ DA ☐ NU
Dețin calitatea de membru al familiei, am o relație de afaceri sau sunt asociat / apropiat cu o persoană care deține o funcție publică (PEP) ☐ NU ☐ DA **Vă rugăm dați detalii:** _____
Sursa fondurilor ☐ Salariu ☐ Pensie ☐ Alte surse și anume _____
Declar pe propria răspundere, sub sancțiunea legii, că ☐ sunt ☐ nu sunt **beneficiarul real al fondurilor deținute în numele meu.**

3. Nume și prenume _____ **Data naștere** _____
Naționalitate/ Țara de origine _____ **Locul Nașterii (Localitatea)** _____ **Cetățenia** _____
CNP / Echivalentul acestuia pentru persoane straine
Procentul de deținere sau control în cadrul Contractantului PJ _____ **Persoană expusă public (PEP)** ☐ DA ☐ NU
Dețin calitatea de membru al familiei, am o relație de afaceri sau sunt asociat / apropiat cu o persoană care deține o funcție publică (PEP) ☐ NU ☐ DA **Vă rugăm dați detalii:** _____
Sursa fondurilor ☐ Salariu ☐ Pensie ☐ Alte surse și anume _____
Declar pe propria răspundere, sub sancțiunea legii, că ☐ sunt ☐ nu sunt **beneficiarul real al fondurilor deținute în numele meu.**
În situația în care sunt mai mulți beneficiari reali care au fost declarați la ReCom, vă rugăm să atașați extrasul ReCom doveditor.

4. Reprezentant legal (nume și prenume) _____ **Data naștere** _____
Naționalitate/ Țara de origine _____ **Locul Nașterii (Localitatea)** _____ **Cetățenia** _____
CNP / Echivalentul acestuia pentru persoane straine
Procentul de deținere sau control în cadrul Contractantului PJ _____ **Persoană expusă public (PEP)** ☐ DA ☐ NU
Dețin calitatea de membru al familiei, am o relație de afaceri sau sunt asociat / apropiat cu o persoană care deține o funcție publică (PEP) ☐ NU ☐ DA **Vă rugăm dați detalii:** _____
Sursa fondurilor ☐ Salariu ☐ Pensie ☐ Alte surse și anume _____
Declar pe propria răspundere, sub sancțiunea legii, că ☐ sunt ☐ nu sunt **beneficiarul real al fondurilor deținute în numele meu.**

III. ASIGURATUL **Numele și Prenumele** _____ **Sexul** ☐ M ☐ F
Codul Numeric Personal (CNP) **Naționalitate/ Țara de origine** _____
Locul Nașterii (Localitatea) _____ **Cetățenia*** _____ *În cazul în care dețineți mai multe cetățenii, vă rugăm să le specificați _____
Rezident Fiscal în România ☐ DA ☐ NU (În cazul nerezidenților se va atașa certificatul de înregistrare fiscală/documentul de identificare din țara de rezidență și se vor completa campurile de mai jos). **Țara de rezidență fiscală (alta decât România)** _____
Numărul de identificare fiscală (NIF)
Adresa de corespondență (se completează dacă este diferită de adresa de domiciliu) **Str.** _____
Nr. _____ **Bl.** _____ **Sc.** _____ **Ap.** _____ **Localitate** _____ **Județ** _____
Telefon _____ **E-mail** _____ **Ocupație** _____
Numele angajatorului actual _____ **Domeniul de activitate** _____
Ocupații suplimentare _____ **Hobby-uri** _____
Persoană expusă public (PEP) ☐ DA ☐ NU
Dețin calitatea de membru al familiei, am o relație de afaceri sau sunt asociat / apropiat cu o persoană care deține o funcție publică (PEP) ☐ NU ☐ DA **Vă rugăm dați detalii:** _____
Sursa fondurilor ☐ Salariu ☐ Pensie ☐ Alte surse și anume _____
Declar pe propria răspundere, sub sancțiunea legii, că ☐ sunt ☐ nu sunt **beneficiarul real al fondurilor deținute în numele meu.**

IV. BENEFICIARI **La expirarea perioadei de asigurare:** 1. **CONTRACTANTUL** % 2. **ASIGURATUL** %

În cazul decesului persoanei asigurate (dacă Beneficiarii nu au fost desemnați în mod expres, ei vor fi desemnați în conformitate cu prevederile legale):

Pentru fiecare Beneficiar nominalizat mai jos, vă rugăm să atașați copie după documentul de identitate / CUI după caz.

1. BENEFICIARUL Nume și Prenume/Denumire PJ

CNP / CUI Procent

Pentru beneficiar Persoana Fizica: Naționalitate/ Țara de origine Locul Nașterii (Localitatea)

Cetățenia* În cazul în care dețineți mai multe cetățenii, vă rugăm să le specificați

Rezident Fiscal în România DA NU (În cazul nerezidenților se va atașa certificatul de înregistrare fiscală/documentul de identificare

din țara de rezidență și se vor completa campurile de mai jos). Țara de rezidență fiscală (alta decât România)

Numărul de identificare fiscală (NIF)

Persoană expusă public (PEP) NU DA

Dețin calitatea de membru al familiei, am o relație de afaceri sau sunt asociat / apropiat cu o persoană care deține o funcție publică (PEP) NU DA Vă rugăm dați detalii:

Sursa fondurilor Salariu Pensie Alte surse și anume

Declar pe propria răspundere, sub sancțiunea legii, că sunt nu sunt beneficiarul real al fondurilor deținute în numele meu.

Vă rugăm precizați relația Beneficiarului cu persoana asigurată

2. BENEFICIARUL Nume și Prenume/Denumire PJ

CNP / CUI Procent

Pentru beneficiar Persoana Fizica: Naționalitate/ Țara de origine Locul Nașterii (Localitatea)

Cetățenia* În cazul în care dețineți mai multe cetățenii, vă rugăm să le specificați

Rezident Fiscal în România DA NU (În cazul nerezidenților se va atașa certificatul de înregistrare fiscală/documentul de identificare

din țara de rezidență și se vor completa campurile de mai jos). Țara de rezidență fiscală (alta decât România)

Numărul de identificare fiscală (NIF)

Persoană expusă public (PEP) NU DA

Dețin calitatea de membru al familiei, am o relație de afaceri sau sunt asociat / apropiat cu o persoană care deține o funcție publică (PEP) NU DA Vă rugăm dați detalii:

Sursa fondurilor Salariu Pensie Alte surse și anume

Declar pe propria răspundere, sub sancțiunea legii, că sunt nu sunt beneficiarul real al fondurilor deținute în numele meu.

Vă rugăm precizați relația Beneficiarului cu persoana asigurată

3. BENEFICIARUL Nume și Prenume/Denumire PJ

CNP / CUI Procent

Pentru beneficiar Persoana Fizica: Naționalitate/ Țara de origine Locul Nașterii (Localitatea)

Cetățenia* În cazul în care dețineți mai multe cetățenii, vă rugăm să le specificați

Rezident Fiscal în România DA NU (În cazul nerezidenților se va atașa certificatul de înregistrare fiscală/documentul de identificare

din țara de rezidență și se vor completa campurile de mai jos). Țara de rezidență fiscală (alta decât România)

Numărul de identificare fiscală (NIF)

Persoană expusă public (PEP) NU DA

Dețin calitatea de membru al familiei, am o relație de afaceri sau sunt asociat / apropiat cu o persoană care deține o funcție publică (PEP) NU DA Vă rugăm dați detalii:

Sursa fondurilor Salariu Pensie Alte surse și anume

Declar pe propria răspundere, sub sancțiunea legii, că sunt nu sunt beneficiarul real al fondurilor deținute în numele meu.

Vă rugăm precizați relația Beneficiarului cu persoana asigurată

V. DECLARAȚIA F.A.T.C.A. A CONTRACTANTULUI

A. Pentru persoane fizice

Declar pe propria răspundere că am Social Security No. (SSN)

Dacă DA, rugăm să furnizați SSN și să completați formularele W9 sau W-8BEN, după caz

☐ DA ☐ NU

- -

B. Pentru persoane juridice

B1 Declar pe propria răspundere că entitatea are Employer Identification No. (EIN)

Dacă DA, rugăm furnizați EIN:

☐ DA ☐ NU

B2 Declar pe propria răspundere că entitatea este Instituție Financiară (se va completa dacă la B1 răspunsul este NU)

☐ DA ☐ NU

a) cu GIIN

b) fără GIIN ☐

În acest caz vă rugăm să completați formularul W8 BEN-E

B3 (se va completa dacă la B2 răspunsul este NU)

Declar pe propria răspundere că entitatea este:

Dacă entitatea este NFFE Pasivă, are Deținători Substanțiali US:

☐ NFFE Activă ☐ NFFE Pasivă

☐ DA ☐ NU

Dacă DA, va trebui completat un document suplimentar similar acestuia, separat pentru fiecare Deținător Substanțial.

În cazul în care, în timpul procesului de emitere a poliței de asigurare, S.C. Generali Romania Asigurare Reasigurare S.A. descoperă indicii US, Asigurătorul are dreptul de a vă contacta și solicita clarificări sau documente adiționale. Am luat la cunoștință și mă oblig să notific Asigurătorul pentru orice modificare a informațiilor furnizate mai sus, în termen de maxim 10 zile lucrătoare.

Legendă F.A.T.C.A = Foreign Account Tax Compliance Act

PFFI - participating Foreign Financial Institution = instituție financiară străină, participantă F.A.T.C.A.

Active NFFE - Active Non Financial Foreign Entity = Entitate străină nefinanciară activă

NPFFI - non-participating Foreign Financial Institution = instituție financiară străină, neparticipantă F.A.T.C.A.

Passive NFFE - Passive Non Financial Foreign Entity = Entitate străină nefinanciară pasivă

GIIN - Global Intermediary Identification Number = Numărul global de identificare al intermediarului

Mai multe informații despre F.A.T.C.A. puteți găsi accesând site-ul www.irs.gov/fatca

VI. DECLARAȚIA PRIVIND ASIGURATUL

1. Înălțimea (cm)

Greutatea (kg)

2. Fumați sau ați fost fumător?

☐ NU ☐ DA

Dacă "DA", de când până când, ce și cât pe zi?

3. Consumați regulat băuturi alcoolice?

☐ NU ☐ DA

Dacă "DA", ce și în ce doză pe zi?

4. Consumați substanțe stimulente / stupefiante?

☐ NU ☐ DA

Dacă "DA", ce și în ce doză pe zi?

5. Ați fost vreodată sau sunteți în tratament, diagnosticat, internat pentru:

A. Cancer / Tumori

Aveți dreptul să nu comunicați informații și documente referitoare la afecțiunea dvs. oncologica (cancer) dacă aceasta a fost diagnosticată după ce ați împlinit vârsta de 18 ani și au trecut mai mult de 7 ani de la data încheierii protocolului oncologic aferent sau dacă a fost diagnosticată înainte să fi împlinit vârsta de 18 ani și au trecut mai mult de 5 ani de la data încheierii protocolului oncologic aferent. Definiția încheierii protocolului oncologic este inclusă în Condițiile de asigurare ale acestui produs.

☐ NU ☐ DA

Dacă "DA", detaliați și atașați documente medicale justificative

B. Diabet / hipercolesterolemie / Boli metabolice

☐ NU ☐ DA

C. Afecțiuni cardiovasculare (hipertensiune arterială / infarct miocardic / accident vascular cerebral / cardiopatie ischemică)

☐ NU ☐ DA

D. Afecțiuni ale sistemului nervos / boli psihice

☐ NU ☐ DA

E. Afecțiuni ale sistemului digestiv / boli hepatice / boli ale vezicii biliare

☐ NU ☐ DA

F. Afecțiuni ale aparatului respirator (astm / bronșită / pneumonie / TBC etc.)

☐ NU ☐ DA

G. Afecțiuni renale sau genitale

☐ NU ☐ DA

H. Afecțiuni hormonale

(ale glandei tiroide / hipofize / suprarenale / glanda mamară etc.)

☐ NU ☐ DA

I. Afecțiuni hematologice

☐ NU ☐ DA

- J. Afecțiuni dermatologice / Boli infecțioase ☐ NU ☐ DA
- K. Afecțiuni ORL sau afecțiuni oftalmologice ☐ NU ☐ DA
- L. HIV / SIDA ☐ NU ☐ DA
6. Ați fost supus vreodată unei intervenții chirurgicale? ☐ NU ☐ DA
7. Ați suferit accidente sau vătămări corporale? ☐ NU ☐ DA
8. Aveți sau ați avut rude de gradul I cu: afecțiuni cardio-vasculare / cancer / diabet / boli ereditare? ☐ NU ☐ DA
9. Practicați sporturi deosebite (alpinism, scufundări, parașutism, box, arte marțiale, pilotaj, auto-moto etc.)? ☐ NU ☐ DA
10. Sunteți supus(ă) unor pericole la locul de muncă? Beneficiați de un spor de risc la salariu? ☐ NU ☐ DA
11. În ultimele 6 luni, a existat suspiciunea unui diagnostic pentru confirmarea / infirmarea căruia ați efectuat / urmează să efectuați investigații medicale? Dacă da, care este suspiciunea de diagnostic? ☐ NU ☐ DA
12. Ați fost diagnosticat, aveți simptome specifice sau complicații post afecțiune Covid-19? ☐ NU ☐ DA
13. Alte manifestări / simptome sau boli decât cele menționate mai sus? ☐ NU ☐ DA

Dacă spațiul prevăzut pentru răspunsurile la întrebările de la 1 la 13 nu este suficient, vă rugăm să scrieți răspunsurile pe o foaie separată.

Subsemnatul, în calitate de Contractant (Persoană fizică sau Beneficiar real/ Reprezentantul legal în cazul Persoanelor Juridice)/ Asigurat, prin semnarea prezentului document, declar pe propria răspundere că toate răspunsurile date sunt adevărate și complete. În cazul în care răspunsurile la întrebări nu sunt scrise de mine, declar că acestea au fost verificate de mine, sunt corecte, complete și adevărate. Am luat la cunoștință că răspunsurile incomplete sau neadevărate pot atrage modificarea sau pierderea dreptului la indemnizația de asigurare conform Condițiilor de asigurare. În calitate de Asigurat, sunt de acord să împuternicesc Asigurătorul să întreprindă orice fel de investigații, să ceară documente medicilor curanți, care pot duce la evaluarea completă a stării mele de sănătate, să facă toate demersurile pentru obținerea documentelor necesare stabilirii întinderii obligației de plată a indemnizației de asigurare, eliberând de răspunderea păstrării secretului profesional atât pe medicii care m-au consultat/tratat, cât și orice instituție publică sau privată ce deține informații cu privire la starea de sănătate și la istoricul meu medical și sunt totodată de acord să mă supun unor examene medicale la cererea Asigurătorului și eliberez de răspundere pentru păstrarea secretului profesional pe medicii care mă vor investiga. Am fost informat că în cazul în care, ca urmare a procesului de evaluare a Cererii de Asigurare și a tuturor documentelor care au stat la baza completării acesteia, Asigurătorul consideră că riscul asigurat nu se încadrează în parametrii standard de asigurare, acesta va propune condiții contractuale diferite de cele înscrise în Cererea și Oferta de asigurare. Declar că mi-au fost date toate explicațiile și indicațiile necesare, că am primit Prezentarea intermediarului, Formularul de Analiză a Necesităților și Cerințelor Clienților (DNT), Informarea și consimțământul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal (GDPR), prezenta Cerere de asigurare, Documentul de informare privind produsul de asigurare de viață Practic Plus, am luat la cunoștință despre conținutul Condițiilor de asigurare și că acestea mi-au fost înmânate. Am

luat la cunoștință faptul că în cazul în care, în timpul procesului de emitere a poliței de asigurare Asigurătorul descoperă indicii care ar putea să mă clasifice ca persoană raportabilă din punct de vedere al schimbului automat obligatoriu de informații în domeniul fiscal (Common Reporting Standard – CRS, Cod procedură fiscală care transpune în România directiva 2014/107/EU) și DAC (Directiva privind cooperarea administrativă pentru schimbul automat obligatoriu de informații în domeniul fiscal), Asigurătorul are dreptul de a mă contacta și de a solicita clarificări sau documente adiționale. Am luat la cunoștință și mă oblig să notific Asigurătorul pentru orice modificare a informațiilor furnizate sub incidența CRS, în termen de maxim 10 zile lucrătoare. Declar că sunt de acord ca Asigurătorul să poată transmite informații către autoritățile fiscale competente, sub incidența reglementărilor F.A.T.C.A și C.R.S. (Common Reporting Standard) și DAC. De asemenea, sunt de acord ca Asigurătorul să rezilieze contractul de asigurare, cu efecte imediate, în cazul în care îmi retrag consimțământul pe perioada derulării contractului de asigurare sau îmi încalc obligația de a furniza și comunica Asigurătorului modificările relevante din punct de vedere F.A.T.C.A și C.R.S. și DAC. La încheierea Contractului de asigurare și pe întreg parcursul acestuia, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita detalii suplimentare referitoare la Contractant / Asigurat / Beneficiari reali / Reprezentant legal necesare pentru respectarea prevederilor legislative referitoare la prevenirea și combaterea spălării banilor (AML- Anti Money Laundering), a finanțării actelor de terorism prin intermediul pieței asigurărilor (CTF- Countering Financing Terrorism) și a legislației cu privire la Sancțiunile Internaționale. De asemenea, sunt de acord ca Asigurătorul să rezilieze contractul de asigurare, cu efecte imediate în cazul în care datele de identificare personale ale Contractantului / Asiguratului / Beneficiarilor reali / Reprezentantului legal se regăsesc în Listele oficiale ale persoanelor fizice și persoanelor juridice suspecte de săvârșirea sau de finanțarea actelor de terorism.

NUME AGENȚIE _____

ADRESA AGENȚIEI _____

AGENT - NUME ȘI PRENUME / NUME BROKER _____

Cod intern Generali (câmp numeric)

Cod unic (RAF/RAJ) /

Înregistrat la Autoritatea de Supraveghere Financiară

Semnătură _____

COORDONATOR RESPONSABIL

Nume / Prenume _____

Semnătura _____

Am luat la cunoștință desăpre conținutul informațiilor relevante ale asigurării de viață și sunt de acord cu prevederile condițiilor de asigurare.

Semnătura Contractantului _____

Semnătura Asiguratului _____

Data completării cererii de asigurare _____



DOCUMENT DE INFORMARE privind produsul de Asigurare Mixtă de Viață - PRACTIC PLUS

(ver. Februarie 2025)

Înainte de încheierea Contractului de asigurare, Generali Romania Asigurare Reasigurare S.A. în calitate de Asigurător, va pune la dispoziție, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, informații relevante ale asigurării, specificate în Documentul cu Informații Esențiale pentru Asigurarea Mixtă de Viață Practic Plus (KID). Totodată, vă aducem la cunoștință și următoarele informații și vă comunicăm că detaliile complete referitoare la produsul Practic Plus se găsesc în Condițiile de asigurare.

Informații despre Asigurător: S.C. Generali Romania Asigurare Reasigurare S.A., autorizată pentru efectuarea asigurărilor de viață și generale, Societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, administrată în sistem dualist, membră a Grupului Generali, listat în Registrul Grupurilor de asigurare gestionat de IVASS sub nr. 26, cu sediu social în București, Sector 1, Piața Charles de Gaulle nr. 15, etaje 1, 6 și 7, 011857, Nr. ordine R.C./EUID: J2007017484401, C.U.I. 2886621, C.I.F. RO 2886621, Cod LEI 213800J9BYTZ1Z4YK783, Tel. +4021 312 36 35, Fax +4021 312 37 20, Call center +40372 010 202, www.generali.ro, E-mail: info.ro@generali.com, Înmatriculată în registrul asigurătorilor: RA-002/2003, Certificată ISO 9001: 2015, Capital social subscris 178.999.221,7 lei, integral vărsat.

Asigurătorul oferă tuturor clienților săi consultanță cu privire la produsele de asigurare de viață, în urma căreia elaborează recomandări personalizate pe baza unor criterii profesionale în așa fel încât contractul de asigurare de viață să corespundă cât mai bine cerințelor și necesităților clienților.

Contractul de asigurare: Actul juridic bilateral prin care Contractantul se obligă să plătească Prima de asigurare Asigurătorului în schimbul preluării de către acesta a Riscului asigurat de bază și suplimentar. Contractul de asigurare cuprinde prezentele Condiții de asigurare, Cererea și Oferta de asigurare, Polița de asigurare împreună cu anexele și actele adiționale (dacă există), Condițiile de asigurare pentru Riscurile asigurate suplimentar, corespondența între Asigurător și Contractant, precum și orice alte documente solicitate de Asigurător pentru buna desfășurare a asigurării, incluzând dar nelimitându-se la date cu privire la starea de sănătate a Asiguratului, la ocupația și hobby-urile sale;

Eveniment asigurat: Incidentul sau seria de incidente care produc Riscul Asigurat și la apariția cărora Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare Asiguratului/Beneficiarului, conform Condițiilor de asigurare.

Risc asigurat de bază: Supraviețuirea Asiguratului la expirarea asigurării și decesul Asiguratului din orice cauză (Accident și/sau îmbolnăvire) în perioada asigurată, definite conform prezentelor condiții de asigurare.

Riscurile asigurate suplimentar: Deces în urma unui Accident, Deces în urma unui Accident de Circulație, Invaliditate Permanentă totală sau parțială din orice cauză/din Accident, Exonerare de la Plata Primelor de Asigurare în caz de Invaliditate permanentă totală din orice cauză, Spitalizare continuă din orice cauză/din Accident, Intervenții Chirurgicale din orice cauză/din Accident, Imobilizare în Aparat Ghipsat ca urmare a unui Accident, Fracturi/ Arsuri, Cheltuieli Medicale din Accident/din orice cauză, Boli Grave. Detaliile Contractului de asigurare și riscurile asigurate sunt definite în Oferta de asigurare care însoțește Cererea de asigurare și prezentul Document de informare.

Indemnizația de asigurare: Suma ce trebuie plătită de către Asigurător conform prezentelor Condiții de asigurare, în cazul producerii Riscurilor asigurate (de bază și/sau suplimentare);

Modalități și termene de plată a indemnizațiilor de asigurare, a sumelor de răscumpărare și a sumelor asigurate: Plata Indemnizației de asigurare se face în urma notificării producerii Riscului. Notificarea se face prin scrisoare sau e-mail, care se transmite agenției prin care s-a încheiat asigurarea sau Direcției Centrale a Asigurătorului. Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare, conform Condițiilor generale și particulare de asigurare numai pentru Accidentul/îmbolnăvirea apărute în perioada de valabilitate a Poliței și notificate Asigurătorului în termen de 30 de zile lucrătoare de la data producerii. Plata indemnizației de asigurare se poate face în numerar la casierile Băncii Comerciale Române sau prin virament în

contul bancar al Asiguratului / Beneficiarului, în termen de maxim 30 de zile de la data la care documentația solicitată este completă. Plata indemnizației de asigurare se va face pe teritoriul României, în moneda convenită în Polița de asigurare și în conformitate cu legile aplicate privind impozitele și taxele, în vigoare la data efectuării plății.

Valoare de răscumpărare, suma asigurată redusă și alte beneficii: Începând cu anul al patrulea de asigurare, în cazul în care Contractantul a plătit integral Primele de asigurare pentru primii 3 ani de asigurare (plata integrală a trei Prime de asigurare anuale), Contractantul poate solicita, în scris, răscumpărarea Contractului de asigurare. În timpul primilor 3 ani de asigurare, contractul de asigurare nu are valoare de răscumpărare.

Începând cu anul trei de asigurare, contractul de asigurare participă anual la câștigul obținut din investirea rezervelor matematice, conform rezultatelor financiare calculate la data de 31 decembrie a fiecărui an. Contractul de asigurare poate fi transformat într-un contract liber de la plata primelor începând cu anul al patrulea de asigurare, doar în cazul în care Contractantul a plătit integral Primele de asigurare pentru primii 3 ani de asigurare și doar dacă suma asigurată redusă a contractului depășește plafonul stabilit periodic de Asigurator. Plafonul este stabilit periodic în funcție de cheltuielile de administrare corespunzătoare contractului de asigurare de viață. Pentru mai multe detalii consultați Documentul KID și Condițiile de asigurare.

Excluderi: Circumstanțe sau condiții specific menționate în contractul de asigurare pentru care Asigurătorul nu datorează Indemnizația de asigurare deși s-a produs Riscul asigurat:

Sunt excluse din acoperire evenimentele apărute ca urmare a:

- război, invazie, acțiune a unui inamic, ostilități sau operațiuni belicoase (indiferent dacă se declară război sau nu), război civil, rebeliune, revoluție, insurecție, tulburări civile care capătă proporția unor mișcări populare sau echivalează cu acestea, putere militară sau uzurpată, lege marțială sau stare de asediu sau orice evenimente sau cauze care determină proclamarea sau menținerea legii marțiale sau a stării de asediu, acțiuni în numele sau în legătură cu orice organizație cu activități îndreptate spre răsturnarea prin forță a Guvernului, de jure sau de facto și alte evenimente asemănătoare;
- riscurilor nucleare: radiațiile ionizante sau contaminarea prin radioactivitate din orice combustibil nuclear sau din orice deșeuri nucleare provenite din arderea combustibilului nuclear (arderea va include procesul auto-suficient de fuziune nucleară) precum și expunerea toxică radioactivă sau alte proprietăți periculoase ale oricărei expuneri la un ansamblu nuclear sau la un element component nuclear al acestuia;
- oricărei tentative de automutilare sau îmbolnăvire intenționată a Asiguratului. Sinuciderea Asiguratului nu este acoperită în primii doi ani de la data emiterii poliței de asigurare.
- comiterii cu intenție de către Asigurat a unor fapte grave încriminate de dispozițiile Codului Penal, consumului de alcool, caracterizat printr-un grad de alcoolemie al Asiguratului mai ridicat de 0,4 la mie și a utilizării de către Asigurat a unor medicamente, substanțe cu efect psihoactiv sau narcotice, consumului de droguri sau efectuării unor tratamente neprescrise de către o autoritate medicală competentă;
- bolilor mentale, tulburărilor psihice sau de natură nervoasă;
- consecințelor infectării cu virusul HIV, respectiv SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite - definiție conform Organizației Mondiale a Sănătății);
- practicării unor sporturi extreme, precum și ca urmare a participării active la orice tip de întreceri sau competiții sportive sau la antrenamentele corespunzătoare acestor competiții;
- participării Asiguratului ca subiect la experimente medicale, studii clinice sau lucrări de cercetare declarate sau nu ca atare;
- bolilor infecțioase și consecințele acestora, contactate de Asigurat într-o zonă/țară (inclusiv în țara de domiciliu/ reședință a Asiguratului) pentru care organele abilitate din țara în care s-a produs evenimentul sau Organizația Mondială a Sănătății au declarat epidemie sau pandemie;
- medicinii alternative (cu titlu de exemplu: tratamente de detoxifiere, acupunctură, tratamente chiropractice, osteopatie, reflexologie, podiatrie etc), tratamentelor experimentale, care nu sunt în acord cu standardele medicale acceptate sau orice tratamente/ investigații care nu au fost prescrise/ recomandate de către o autoritate medicală recunoscută oficial precum și servicii relaționate cu medicina muncii;
- oricărui servicii medicale pentru care nu există recomandarea scrisă a unui medic sau pentru care nu există documente medicale justificative;
- oricărei acțiuni provocate intenționat de către Contractant, Asigurat sau Beneficiari în vederea obținerii Indemnizației de Asigurare;
- actelor de terorism: Asigurătorul nu despăgubește pierderile, daunele, costurile de orice natură, oricare ar fi aceasta, cauzate de către, care

decurg din sau sunt în legătură cu orice act de terorism, indiferent de orice altă cauză sau orice alt eveniment care contribuie la pierderi, simultan sau în orice altă succesiune. Un act de terorism înseamnă un act care include dar nu se limitează la utilizarea forței sau a violenței și/sau amenințarea cu acestea, de către o persoană sau un grup (grupuri) de persoane, indiferent dacă acționează în nume propriu sau în numele ori în legătură cu orice organizație (organizații) sau guvern(e), act comis în scopuri politice, religioase, ideologice sau asemănătoare, inclusiv intenția de a influența vreun guvern și/sau de a înfricoșa publicul sau orice parte a acestuia. Se exclude totodată și pierderile, daunele, costurile sau cheltuielile de orice natură, oricare ar fi aceasta, cauzate în mod direct de către, care decurg din sau sunt în legătură cu vreo acțiune întreprinsă pentru a controla, a preveni, a suprima orice act de terorism, sau care sunt legate în vreun fel de acesta. Dacă Asigurătorul pretinde că, din cauza acestei excluderi, orice pierdere, daună, cost sau cheltuială nu este acoperită conform acestui contract, sarcina dovedirii contrariului va fi în sarcina Asiguratului. În cazul în care se constată că parte a acestei clauze este nulă sau neexecutorie, restul va rămâne în vigoare și complet valabilă; n) catastrofelor naturale, epidemiilor, pandemiilor etc.; o) intervențiilor pentru tratarea obezității sau excesului ponderal / chirurgia bariatrică.

Momentul începerii și cel al încetării contractului de asigurare.

Plata primelor de asigurare. Perioada de grație.

- Asigurarea este încheiată prin emiterea poliței de asigurare de către Generali Romania., Asigurătorul preluând riscul asigurat începând de la data fixată în poliță, dar în niciun caz înainte de ora 24 a zilei în care s-a încasat Avansul de primă, perioada prevăzută în contract rămânând neschimbată.
- Contractul de asigurare este în vigoare dacă persoana care încheie asigurarea (Contractantul) achită primele/ratele de asigurare la scadență sau în perioada de grație, conform Condițiilor de Asigurare.
- Primele de asigurare se pot plăti anual, semestrial sau trimestrial conform frecvenței de plată prevăzută în Polița de asigurare.
- În cazul în care Contractantul nu achită integral prima/rata de asigurare la scadență pentru asigurarea de bază și riscurile asigurate suplimentar (dacă există), Generali Romania acordă o perioadă de grație de 30 de zile începând cu data de scadență a primei/ratei de asigurare neachitate, pentru plata integrală a acesteia.
- Dacă Primele de Asigurare Eșalonate nu au fost plătite de către Contractant până la data scadenței plății stabilită în Polița de Asigurare, și nici în perioada de grație de 30 de zile, asigurarea este suspendată retroactiv, începând cu scadența primei rate neachitate.
- În cazul în care Contractantul nu achită Primele/ratele de asigurare restante în termen de maxim 3 luni de la data celei dintâi rate scadente neachitate, Asigurătorul își rezervă dreptul de a rezilia / transforma Contractul în contract liber de la plata primelor de asigurare în conformitate cu prevederile Condițiilor de asigurare.

Modalități și termene de plată a primelor de asigurare

- ordin de plată / transfer bancar / cupoane / direct debit bancar;
- on-line, în conturile Generali Romania, comunicate de către Asigurător.

Modalități de executare, suspendare, reziliere sau încetare a Contractului de asigurare

- a) În cazul decesului Asiguratului; b) în cazul plății Valorii de răscumpărare;
- c) La ora 0:00 a datei expirării Contractului de asigurare, data menționată ca atare în Polița de asigurare; d) Prin rezilierea unilaterală de către Asigurător a Contractului de asigurare, în următoarele situații: (i) în cazurile prevăzute ca atare în cadrul prezentelor Condiții Generale și Particulare de asigurare;
- (ii) în cazul în care Contractantul (inclusiv Beneficiarii Reali / Reprezentantul legal) și/sau Asiguratul și/sau Beneficiarii (respectiv moștenitorii Asiguratului în calitate de Beneficiari) și/sau Beneficiarii Reali/ Reprezentantul legal refuză să ofere informații privind datele de identificare personale solicitate de către Asigurător; (iii) în cazul în care Contractantul și/sau Asiguratul și/sau Beneficiarii (respectiv moștenitorii Asiguratului în calitate de Beneficiari) furnizează Asigurătorului declarații false și/sau informații incomplete cu privire la împrejurările esențiale referitoare la riscurile asigurate, informații care, dacă ar fi fost aduse la cunoștința Asigurătorului, ar fi determinat neîncheierea Contractului de asigurare sau oferirea acestuia în alte condiții (conform art. 15);
- (iv) în cazul în care datele de identificare personale ale Contractantului și/sau Asiguratului și/sau Beneficiarii (respectiv ale moștenitorilor Asiguratului în calitate de Beneficiari) și/sau Beneficiarii Reali/ Reprezentantului legal

se regăsesc în Listele oficiale ale persoanelor fizice și persoanelor juridice suspecte de săvârșirea sau de finanțarea actelor de terorism. Datele de identificare personale sunt cele prevăzute în legislația aplicabilă cu privire la prevenirea și combaterea spălării banilor și a finanțării actelor de terorism prin intermediul pieței asigurărilor. La constatarea acestor situații, Asigurătorul are dreptul de a rezilia unilateral Contractul de asigurare, printr-o scrisoare recomandată adresată în acest sens Contractantului sau Beneficiarilor, după caz. Contractul de asigurare va înceta deplin drept la ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei expedierii de către Asigurător a scrisorii prin care Asigurătorul informează Contractantul sau, după caz, Beneficiarii desemnați contractual asupra încetării Contractului de asigurare; (v) În cazul în care Contractantul/ Asiguratul/ Beneficiarii/ Beneficiarii Reali/ Reprezentantul legal refuză să ofere informații sau documente referitoare la identificarea identității în conformitate cu reglementările CRS (Common Reporting Standard), FATCA și DAC; e) Prin rezilierea unilaterală de către Contractant a Contractului de asigurare; f) În cazul denunțării unilaterale a Contractului de asigurare de către Contractantul asigurării sau de către Asigurat; g) În cazul denunțării unilaterale a Contractului de asigurare de către Asigurator cu notificarea scrisă prealabilă a celeilalte părți, care trebuie făcută cu cel puțin 20 de zile înainte de denunțare.

Fondul de Garantare: definit astfel prin Legea nr. 213/2015, cu modificările și completările ulterioare, este destinat protejării asiguraților, beneficiarilor asigurării, precum și terțelor persoane păgubite, în cazul în care societatea asigurătoare se află în stare de insolabilitate. Fondul se constituie prin contribuția tuturor asiguraților, fiind administrat în condițiile legii.

Litigii. Modalități de soluționare a reclamațiilor

Orice nemulțumire din partea Contractanților / Asiguraților / Beneficiarilor va fi soluționată pe cale amiabilă. În acest sens, cererea va fi transmisă în scris (inclusiv în formă electronică), către sediul central al Asigurătorului. Acesta va înregistra petiția și va transmite un răspuns în scris, punctual și argumentat către persoana care a formulat sesizarea, în termen de 30 de zile de la data primirii acesteia. Dacă, din punctul de vedere al petentului, răspunsul Asigurătorului nu corespunde cerințelor sale, la solicitarea acestuia, părțile pot conveni la organizarea unei întâlniri în cadrul căreia să se soluționeze cererea. În cazul imposibilității rezolvării amiabile a litigiului, persoana interesată se va putea adresa Autorității de Supraveghere Financiară sau Autorității Naționale pentru Protecția Consumatorilor ori va putea sesiza instanțele judecătorești competente. Orice litigiu decurgând din sau în legătură cu contractul de asigurare va fi soluționat de către organele abilitate din România, de la sediul Asigurătorului.

Contractantul/ Asiguratul/ Beneficiarii, pot apela la soluționarea alternativă a litigiului potrivit dispozițiilor O.G. nr. 38/2015 și a regulamentelor și procedurilor conexe emise de A.S.F., cu condiția să facă dovada că, în prealabil, a încercat să soluționeze litigiul în mod direct. În acest sens, acestia se pot adresa către SAL-FIN, entitate de soluționare alternativă a litigiilor în domeniul financiar non-bancar ce funcționează în cadrul Autorității de Supraveghere Financiară. Solicitățile se adresează în scris, direct la sediul SAL-FIN, prin poștă sau prin mijloace electronice de comunicare. Informații detaliate cu privire la modul și condițiile de soluționare alternativă a litigiilor pot fi obținute la adresa de internet <http://www.salfin.ro>.

Legislația Aplicabilă: Contractul de asigurare va fi guvernat de Legislația Română în vigoare, incluzând actele normative privind Asigurații și Reasigurările, Regulamentul privind Efectuarea Operațiunilor Valutare și prevederile specifice cuprinse în prezentele Condiții de Asigurare.

Deduceri fiscale. Prevederi generale

Conform legislației fiscale în vigoare, primele de asigurare nu sunt purtătoare de TVA și nu sunt deductibile la calculul impozitului pe venit/profit. Asigurațiile de viață nu beneficiază de deduceri fiscale în ceea ce privește plata primelor de asigurare. Orice Indemnizație de asigurare aferentă Contractului de asigurare nu este supusă impozitului pe venit. Prezentele precizări fiscale sunt valabile sub rezerva modificării legislației fiscale (Codul Fiscal și orice alt act normativ adoptat în aplicarea acestuia).

S.C. Generali Romania Asigurare Reasigurare S.A.