

**CONDIȚII GENERALE DE ASIGURARE PENTRU
ASIGURAREA DE ACCIDENT (CGAA)
- CA "GRAWE CARAT ASIGURĂRI" SA -
EU90001/01**

Valabile începând de la data de 01.01.2020

Prevederi introductive:

Pentru asigurările de accident ale CA "GRAWE CARAT Asigurări" SA sunt valabile reglementările corespunzătoare ale Codului Civil și ale Legii Republicii Moldova cu privire la asigurări, în măsura în care prezentele condiții de asigurare și convențiile contractuale speciale nu prevăd altfel.

Partea I - REGLEMENTĂRI GENERALE

Articolul 1: Definiția termenilor de bază

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

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

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

(4) **Beneficiarul** este persoana desemnată de contractant să încaseze indemnizația de asigurare în cazul producerii cazului asigurat.

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

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

(7) Durata contractului de asigurare se împarte în **perioade de asigurare**. Perioada de asigurare este de un an. Prima perioadă de asigurare începe la data la care intră în vigoare contractul de asigurare. Această dată este începutul asigurării menționat în poliță.

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

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

(10) **Indemnizația de asigurare** este suma pe care asigurătorul o plătește conform contractului de asigurare după producerea unui caz asigurat.

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

(12) **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.

(13) **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, asigurătorul se obligă să plătească indemnizația de asigurare stabilită în poliță în cazul producerii unui caz asigurat. Contractantul se obligă să plătească primele de asigurare.

(2) Cererea de asigurare, polița de asigurare, condițiile de asigurare stabilite conform produsului de asigurare al asigurătorului constituie baza juridică a contractului de asigurare. De aceea, sunt valabile doar condițiile de asigurare ale CA "GRAWE CARAT Asigurări" SA pe care contractantul le-a primit la încheierea contractului de asigurare, ca parte integrantă a acestuia.

(3) 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 asigurătorul obține completările și documentele solicitate.

Articolul 3: Durata și teritorialitatea contractului de asigurare

(1) Durata de valabilitate a contractului de asigurare se stabilește de partenerii contractuali și este menționată în 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 asigurării 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 asigurării își schimbă adresa declarată și nu comunică acest lucru asigurătorului, va avea efect juridic corespondența trimisă de asigurător la ultima adresă cunoscută. Corespondența trimisă de asigurător va avea efect juridic de la data la care aceasta ar fi ajuns la contractantul asigurării fără ca acesta să-și fi schimbat adresa declarată.

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

(4) În cazul în care contractantul asigurării 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 corespondența 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 revendicării de plată. Plata indemnizației de asigurare se efectuează prin virament bancar către beneficiar, care se face pe cheltuiala acestuia. 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 riscului asigurat, a cauzelor producerii acestuia sau pentru stabilirea valorii indemnizației de asigurare.

(3) Dacă există dubii referitoare la dreptul contractantului asigurării, 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 legală sau penală în legătură cu producerea riscului asigurat, împotriva contractantului, asiguratului sau beneficiarului, asigurătorul are dreptul, în conformitate cu reglementările legale, să amâne examinarea cererii sau plata indemnizației până la încheierea cercetării.

(4) În conformitate cu condițiile de asigurare (articolul 12), în polița de asigurare se stabilesc beneficiarii, adică persoanele care au dreptul să primească indemnizația de asigurare.

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, contractantul, asiguratul sau beneficiarii au 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, contractantul asigurării și asiguratul au obligația de a declara toți factorii relevanți cunoscuți lor, 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 referitori la care asigurătorul a adresat întrebări în scris.

(2) Asigurătorul poate declara 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 de contractantul asigurării 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 și asiguratul nu poate fi făcut vinovat 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.

(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, obligația de plată a asigurătorului se menține numai 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. Asigurătorul este obligat la plata indemnizației de asigurare în cazul în care contractantul și asiguratul nu pot fi făcuți vinovați de încălcarea prevederilor punctului (1) al acestui articol. Existența acestor condiții trebuie dovedită de persoana care revendică indemnizația de la asigurător.

(6) Dacă asigurătorul refuză plata indemnizației de asigurare în conformitate cu prevederile acestui articol, contractul de asigurare încetează. Dacă înaintea refuzului plății indemnizației de asigurare, asigurătorul a plătit indemnizații, acestea trebuie restituite asigurătorului, adăugându-se dobânda calculată de la data primirii sumelor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

(7) În cazul în care contractul de asigurare a fost rezoluționat înainte de expirarea duratei contractuale, ca urmare a încălcării obligației de a furniza declarații complete și conforme cu realitatea la încheierea contractului sau din alte motive, primele de asigurare plătite până la data rezoluțiunii contractului i se cuvin asigurătorului.

Articolul 8: Terțe persoane

(1) În cazul în care contractul de asigurare se încheie pentru un asigurat diferit de contractantul asigurării, atunci, pentru valabilitatea contractului, este necesar acordul scris al asiguratului.

(2) La încheierea contractelor de asigurare de viață pentru asigurați cu vârsta sub 18 ani (minori), contractantul poate fi unul dintre părinți sau alt

reprezentant legal al asiguratului. Un contract de asigurare de viață pentru un minor cu vârsta sub 18 ani poate fi încheiat și de alte persoane decât cele menționate anterior numai cu acordul scris al părinților sau al reprezentantului legal. Minorul nu are dreptul să încaseze indemnizația de asigurare înainte de împlinirea vârstei de 18 ani decât dacă a dobândit capacitate deplină de exercițiu în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

(3) 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.

(4) 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 se calculează în funcție de suma asigurată, de vârsta asiguratului și de produsul de asigurare. Vârsta asiguratului se calculează ca diferență dintre anul calendaristic la începutul contractului de asigurare și anul nașterii asiguratului.

(2) În cazul unui risc mărit față de nivelul de risc normal, stabilit de asigurător, se pot stabili prime suplimentare sau condiții speciale.

(3) Primele de asigurare pot fi unice sau aferente câte unei singure perioade de asigurare, ce pot fi plătite anual sau în rate (de exemplu, semestrial).

(4) Prima de asigurare aferentă primei perioade de asigurare și prima unică sunt scadente în decurs de 7 zile de la data semnării cererii de asigurare de către contractant. Dacă cererea de asigurare nu este acceptată de asigurător și nu se încheie contractul de asigurare, asigurătorul restituie prima de asigurare aferentă primei perioade de asigurare contractantului și reține doar taxa prevăzută în produsul de asigurare. În acest caz, contractantul va suporta și cheltuielile pentru examinarea medicală.

(5) Primele ulterioare de asigurare sunt scadente la începutul fiecărei noi perioade de asigurare și trebuie plătite fără întârziere. Dacă prima de asigurare ulterioară sau o parte din aceasta nu se plătește în termen de 2 (două) săptămâni de la data scadenței, asigurătorul va trimite contractantului o avertizare scrisă. Dacă după termenul de păsuire de 6 (șase) săptămâni de la data scadenței prima nu a fost plătită, asigurătorul are dreptul la rezoluțiunea contractului de asigurare. Avertizarea scrisă poate conține și declarația asigurătorului referitoare la rezoluțiunea contractului.

(6) Prolungirea termenului de păsuire pentru plata primei de asigurare este posibilă doar printr-un acord scris cu asigurătorul.

(7) Taxele prevăzute legal, taxele poștale, taxele de administrare și de avertizare, impozitele și taxele prevăzute în produsul de asigurare nu sunt părți integrante din prima de asigurare, contractantul având obligația de a le plăti.

(8) Contractantul trebuie să plătească asigurătorului primele de asigurare pe propria sa răspundere și cheltuială. Pentru respectarea termenului de plată a primei de asigurare este relevantă data intrării acesteia în contul asigurătorului. Dacă prima de asigurare este plătită cu întârziere, contractantul va suporta penalități de întârziere. Valoarea penalităților de întârziere va fi în conformitate cu prevederile legale referitoare la contractele civile.

(9) Asigurătorul are dreptul de a compensa primele scadente sau altă sumă ce i se datorează conform contractului de asigurare cu orice plată convenită contractantului sau terților.

Articolul 10: Începutul și încetarea protecției prin asigurare

(1) Contractul de asigurare se consideră încheiat dacă contractantul după depunerea cererii de asigurare primește polița de asigurare și semnează contractul de asigurare. Contractul de asigurare nu se consideră încheiat dacă asigurătorul nu intră în posesia unui exemplar semnat de Contractant, în termen de 30 de zile de la data trimiterii contractului de către Asigurător la adresa Contractantului declarată în cererea de asigurare. Cu această condiție și după ce a fost plătită prima de asigurare, începe protecția prin asigurare. Înainte de începutul perioadei de asigurare prevăzute în poliță nu există în nici un caz protecție prin asigurare.

(2) Contractul de asigurare încetează prin revocare, rezoluțiune, expirare, achitarea indemnizației de asigurare, alte cazuri acceptate de părți sau prevăzute de legislație.

Articolul 11: Corespondența oficială / dreptul de reprezentare

(1) Cererile și declarațiile referitoare la contractul de asigurare sunt valabile doar dacă au fost făcute în formă scrisă. Declarațiile contractantului, ale asiguratului și ale beneficiarului sunt valabile numai după primirea acestora la sediul asigurătorului.

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

(3) Reprezentanții de vânzare, agenții sau brokerii de asigurare, respectiv alte persoane implicate în completarea cererii de asigurare nu au dreptul, în numele asigurătorului, să încheie contracte, să emită polițe de asigurare, să încheie acorduri referitoare la modificarea sau prelungirea contractului, să încaseze

prime de asigurare, sau să facă declarații ce obligă asigurătorul.

Articolul 12: Beneficiari

(1) La încheierea contractului de asigurare, contractantul poate să desemneze unul sau mai mulți beneficiari. La producerea cazului asigurat, beneficiarii au dreptul de a încasa indemnizația de asigurare. Până la producerea cazului asigurat și cu acordul asiguratului, contractantul poate schimba oricând beneficiarii contractului de asigurare.

(2) Contractantul poate să desemneze beneficiarii irevocabil. În acest caz, schimbarea beneficiarilor se poate face numai cu acordul beneficiarilor inițiali și al asiguratului.

(3) 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.

(4) Dacă unul dintre beneficiari nu-și poate primi cota din indemnizația de asigurare, aceasta se va acorda proporțional celorlalți beneficiari.

(5) Dacă beneficiarul desemnat nu are dreptul de a încasa indemnizația de asigurare sau dacă nu a fost desemnat nici un beneficiar, dreptul de a încasa indemnizația de asigurare revine contractantului.

(6) Modificarea beneficiarilor este recunoscută cu efect juridic de către asigurător doar dacă aceasta este în formă scrisă.

(7) Desemnarea beneficiarului sub forma de aducător al poliței de asigurare nu este posibilă.

Articolul 13: Pierderea contractului și poliței de asigurare

Pierderea sau distrugerea contractului sau poliței de asigurare se face cunoscută asigurătorului în decurs de o săptămână. La cerere și după plata taxei de administrare stabilite de asigurător, asigurătorul va emite un duplicat al poliței și contractului de asigurare. Polița și contractul de asigurare pierdute nu mai au valabilitate.

Articolul 14: Instanța competentă și legislația aplicabilă

Litigiile care decurg din prezenta relație contractuală vor fi soluționate de instanța competentă. La acest contract se aplică legislația Republicii Moldova.

Partea II - REGLEMENTĂRI SPECIALE

Articolul 15: Obiectul asigurării

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

Sumele asigurate conform contractului de asigurare sunt trecute în poliță, iar indemnizațiile sunt definite prin prevederile articolelor 20, 21 și 22 ale prezentelor condiții de asigurare.

(2) Riscul asigurat este producerea unui accident conform articolului 16 al 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;
- arsuri, opăriri, efectele fulgerului sau curentului electric;
- inhalarea de gaze sau vapori, consumarea de substanțe otrăvitoare, excluzând cazul în care aceste acțiuni se petrec treptat;
- fracturi de oase cu sechele permanente, ruperi de mușchi, tendoane, ligamente și vene, cu sechele permanente, precum și afectări cu urmări permanente ale coloanei vertebrale.

(3) Protecția se referă și la accidentele asiguratului ca pasager în avioane admise pentru transportul de persoane. Pasagerul de zbor este o persoană care nu participă la conducerea vehiculului aerian, nu este membru al echipajului și nici nu exercită o activitate profesională în timpul folosirii vehiculului aerian.

(4) Bolile, inclusiv bolile transmisibile, nu sunt considerate accidente și nici consecințe ale unui accident. Tetanosul și rabia (turbarea) 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 inapte de muncă toată viața sau suferă de boli grave a 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 totuși 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 valabilitate 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 săritură cu parașuta, precum și la folosirea de vehicule

aeriane, atât timp cât acestea nu sunt stabilite în 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 în sporturi ca schi, săritură 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 infracțiuni;

(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 din partea statelor sau organizațiilor politice sau organizațiilor teroriste;

(5.2) tulburările interne, războaiele civile, revoluțiile, rebeliunile, răzcoalele;

(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;

(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) pe care asiguratul le suferă ca urmare a unei tulburări de conștiință determinate de afectări esențiale a capacității psihice din cauza consumului alcoolului, medicamentelor, drogurilor, precursorilor, etnobotanicelor și analogii acestora;

(8) datorate leziunilor corporale produse în timpul sau ca urmare a 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, medicamentelor, drogurilor, precursorilor, etnobotanicelor și analogii acestora, cu excepția cazului în care asiguratul nu a avut cunoștință de starea șoferului și nu poate fi făcut responsabil de neluarea la cunoștință a pericolului;

(11) dacă asiguratul este condamnat la moarte și condamnarea se execută;

(12) 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.

Articolul 19: Limita obiectivă a protecției prin asigurare

(1) Indemnizația se plătește doar la urmările cauzate de un accident (vătmare 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 al acestor condiții.

(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.

(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 și nu sunt ereditare.

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, asigurătorul va plăti procentele corespunzătoare din suma asigurată, sub forma unei plăți unice.

(2) Gradul de invaliditate se determină conform următoarelor prevederi:

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

- 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 pînă la jumătatea gambei.....	50%
- unui deget mare de la picior.....	5%
- unui alt deget de la picior.....	2%
- puterii vizuale a celor doi ochi.....	100%

- puterii vizuale a unui ochi35%
- în cazul în care puterea vizuală a celuilalt ochi s-a pierdut înaintea începutului asigurării.....65%
- auzului celor două urechi60%
- auzului unei urechi15%
- în cazul în care auzul celeilalte urechi s-a pierdut înaintea începutului asigurării45%
- simțului olfactiv.....10%
- simțului gustativ.....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 aduna. 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. În decursul primului an de la accident se va plăti o indemnizație de asigurare pentru invaliditate permanentă numai dacă tipul și proporția urmărilor accidentului sunt 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 solicite 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, nu poate fi revendicată o indemnizație pentru invaliditate permanentă.

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 din cauza aceluiași accident. Asigurătorul nu poate să pretindă restituirea diferenței rezultate din plata unei indemnizații mai mari pentru invaliditatea permanentă din accident.

(3) În caz de deces din accident al unui asigurat cu vârsta sub 15 ani, indemnizația se va limita la

cheltuielile necesare pentru funeralii, fără a depăși suma asigurată.

Articolul 22: Procedura în caz de neînțelegere (comisia medicilor)

(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 asigurătorului cu privire la recunoașterea sau respingerea obligației de plată a indemnizației și la valoarea indemnizației 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 asigurător, respectiv de contractantul asigurării, nu vor putea ajunge la un 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 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. Astfel, dacă rezultatul reevaluării va fi în favoarea contractantului, cheltuielile comisiei medicilor vor fi suportate de asigurător iar dacă rezultatul reevaluării va fi în favoarea asigurătorului, cheltuielile comisiei medicilor vor fi suportate de contractant. În cazul descris la articolul 20 punctul (6) cheltuielile vor fi suportate de partenerul contractual care a cerut reevaluarea.

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

Articolul 23: 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 asiguratorului 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 produsului de asigurare al asiguratorului, 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 asigurator. 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 asiguratorului se va stabili pornind de la prima de asigurare inițială pe baza căreia, conform produsului de asigurare corespunzător noii profesii sau ocupații a asiguratului, se va stabili o nouă sumă asigurată modificată.

(4) În cazul în care, conform produsului de asigurare al asiguratorului, 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 asiguratorul este absolvit de plată.

Articolul 24: Reglementări pentru plata indemnizației

Contractantul asigurării, asiguratul și fiecare beneficiar care solicită indemnizația, au următoarele obligații:

(1) Asiguratorul trebuie să fie înștiințat imediat despre accident, cel mai târziu în decurs de cinci zile.

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

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

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

(5) Medicul curant sau spitalul la care se tratează asiguratul, precum și medicii sau spitalele la care

asiguratul este sau a fost tratat sau consultat din alte cauze, vor fi împuterniciți să furnizeze asiguratorului informațiile solicitate de acesta și să prezinte asiguratorului rapoartele medicale. Dacă accidentul este anunțat și altei companii de asigurare sau unei instituții asemănătoare, atunci și acestea vor fi obligate în sensul mai sus amintit.

(6) Autoritățile care se ocupă de accident vor fi împuternicite să furnizeze asiguratorului toate informațiile solicitate de acesta.

(7) Asiguratorul este îndreptățit să solicite asiguratului să se supună unei noi examinări medicale efectuate de medici numiți de asigurator.

(8) În cazul în care riscurile asigurate s-au produs în afara granițelor Republicii Moldova, documentele solicitate vor fi transmise Asiguratorului traduse în limba de stat și legalizate.

(9) Asiguratorul este absolvit de plata indemnizației dacă obligațiile stipulate la punctele 1- 8 vor fi încălcate, iar din această cauză nu se pot clarifica circumstanțe esențiale.

Articolul 25: Reglementări speciale pentru plata indemnizației de asigurare

(1) În cazul în care contractantul asigurării produce intenționat accidentul asiguratului, asiguratorul este absolvit de plata indemnizației de asigurare.

(2) Beneficiarul asigurării își pierde dreptul la indemnizație dacă produce intenționat accidentul asiguratului; în acest caz asiguratorul va plăti indemnizația de asigurare celorlalți beneficiari desemnați în poliță sau, dacă nu există alți beneficiari desemnați în poliță, moștenitorilor asiguratului în conformitate cu legislația în vigoare în ceea ce privește succesiunea.

(3) Asiguratorul este absolvit de plată dacă asiguratul produce accidentul intenționat.

Articolul 26: 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.