

Asigurarea de Viață pentru garantarea creditelor - Carduri de credit

Document de informare privind produsul de asigurare

Societatea: BRD Asigurări de Viață S.A., societate pe acțiuni, înregistrată în România în Registrul Asigurătorilor deținut de către Autoritatea de Supraveghere Financiară (A.S.F.) cu numărul RA-064/03.04.2009

Produsul de asigurare se adresează clienților BRD Finance care îndeplinesc cumulativ următoarele condiții:

Pentru Pachetele Standard și Optim:

- Au vârsta minimă de 18 ani sau maxim 60 de ani neîmpliniți în momentul intrării în vigoare a Asigurării individuale, și nu mai mult de vârsta de 77 de ani neîmpliniți în data încetării Asigurării individuale.

Pentru Pachetul Senior:

- Au vârsta minimă de 60 ani și maxim 70 de ani neîmpliniți în momentul intrării în vigoare a Asigurării individuale, și nu mai mult de vârsta de 77 de ani neîmpliniți în data încetării Asigurării individuale.
- Pentru acest pachet de asigurari, vârsta minimă la începutul asigurării este 60 de ani, cu excepția pensionarilor pe caz de boală: pensionarii care au atins vârsta minimă de pensionare sau care beneficiază de o reducere standard a vârstei de pensionare, potrivit legii, pot beneficia de acest pachet având vârsta minimă de 18 ani împliniți și vârsta maximă de 70 de ani neîmpliniți la începerea asigurării, iar la maturitatea asigurării 77 de ani neîmpliniți, și sunt eligibili doar pentru acest pachet (SENIOR). Pentru pensionarii pe caz de boală, Asigurătorul nu va plăti nici o Indemnizație dacă evenimentul asigurat a fost cauzat sau agravat de boala care a dus la pensionarea anticipată.

Asigurarea individuală - adeziunea individuală încheiată de Persoana Asigurată, formalizată prin semnarea Cererii de asigurare prin care aceasta aderă la Asigurarea de Viață de Grup oferită de către Asigurător.

Ce se asigură?

Pentru Pachetele Standard și Optim:

✓ **Deces (din orice cauză)**

Asigurătorul va plăti Beneficiarului suma asigurată egală cu soldul liniei de credit la data decesului.

✓ **Invaliditate Totală Permanentă (din orice cauză)**

Asigurătorul va plăti Beneficiarului:

- valoarea soldului de la data producerii Accidentului ce a dus la apariția Invalidității Totale Permanente, în cazul în care Invaliditatea Totală Permanentă se datorează unui Accident;
- valoarea soldului de la data certificării stării de Invaliditate Totală Permanentă de către Comisia de Evaluare a Capacității de Muncă, în cazul în care Invaliditatea Totală Permanentă se datorează unei afecțiuni.

Dacă după trecerea perioadei de 3 luni, pe baza certificatului medical emis de Comisia de Evaluare a Capacității de Muncă, starea de Invaliditate Totală Permanentă este certificată, Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare. Excepție de la această regulă face situația în care Asiguratul face dovada stării de invaliditate grad I sau grad II, amândouă nerevizibile, înainte de 3 luni de la data apariției invalidității.

În cazul în care după perioada de 3 luni, invaliditatea Asiguratului nu este certificată ca și Invaliditate Totală Permanentă, dar Asiguratul se află încă în stare de invaliditate, Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare în caz de Incapacitate Temporară de Muncă.

✓ **Incapacitate Temporară de Muncă**

Asigurătorul va plăti Beneficiarului, după trecerea a 3 luni de la data instalării Incapacității Temporare de Muncă, apărută ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri, suma minimă de rambursat lunar, aferentă utilizărilor purtătoare de asigurare, datorată de către Persoana asigurată, dar nu pentru o perioadă mai lungă de 12 luni consecutive, pentru fiecare 3 ani contractuali. Beneficiile neaccesate într-un an contractual nu se raportează în anii contractuali următori.

✓ **Șomaj (numai pentru Pachetul Optim)**

Asigurătorul va plăti după trecerea a 3 luni de la data intrării în șomaj, cu titlu de indemnizație de asigurare suma minimă de rambursat lunar, aferentă utilizărilor purtătoare de asigurare, de către Persoana asigurată pe durata șomajului, dar nu pentru o perioadă mai lungă de 6 luni consecutive pentru fiecare an contractual. Indemnizațiile neaccesate într-un an contractual, nu se raportează în anii contractuali următori.

Pentru Pachetul Senior :

✓ **Deces (din orice cauză)**

Asigurătorul va plăti Beneficiarului suma asigurată egală cu soldul creditului la data decesului.

Există restricții de acoperire?

Excluderi comune în caz de Deces, Invaliditate Totală Permanentă, Incapacitate Temporară de Muncă

Se exclud de la plata oricăror indemnizații evenimentele care se produc direct sau indirect din cauza următoarelor:

- a) Orice afecțiune diagnosticată înainte de subscrierea asigurării individuale, efectele și consecințele acesteia, inclusiv recidiva unei stări medicale preexistente. În cazul pensionarilor pe caz de boală, beneficiari ai pachetului de asigurare Senior, este exclus decesul cauzat direct sau indirect de boala ce a stat la baza pensionării.
- b) Sinuciderea în primii doi ani după încheierea asigurării individuale;
- c) Orice accident sau îmbolnăvire legate de abuzul de alcool, alcoolism cronic sau folosirea narcoticelor, a drogurilor pe bază de opium sau a drogurilor stimulante, cu excepția cazurilor în care sunt prescrise de un medic autorizat;
- d) Război civil, război, invazie declarată sau nu sau operațiuni asimilate războiului, acțiuni ale inamicilor străini, ostilități, revoltă, răscoală, răzmeriță, grevă, mișcări civile, rebeliune, revoluție, insurecție, acte de terorism, indiferent dacă persoana asigurată a fost o victimă sau un participant activ/ colaborator la aceste evenimente;

- e) Comiterea sau tentativa de a comite un atac sau o acțiune ilegală, sau de a fi implicat într-o activitate ilegală sau crimă;
- f) Deces ca urmare a unor epidemii sau pandemii (epidemiile și pandemiile trebuie confirmate de Ministerul Sănătății).
- g) Zborurile aeriene ale persoanei asigurate pe orice tip de aeronavă, cu excepția situațiilor în care aceasta este pasager plătit de bilet al unei aeronave care operează pe baza unui program fix, deținută de o companie aeriană de transport de pasageri înregistrată, pe ruta sa prestabilită, sau dacă este transportată ca pacient sau rănit sau însoțitor sau steward pe o aeronavă ambulanță sau de salvare sau pe un elicopter;
- h) Participarea la oricare din sporturile următoare: activități în care este implicat un motor (inclusiv raliurile), box, scufundări cu aparate autonome, explorarea peșterilor, curse de bob, curse cu sănii, săriturile cu schiul, escaladare, alpinism, călărie, parașutismul, zborul cu delta-planul, zborul cu aeronave ultra-ușoare motorizate sau săritura cu coarda;
- i) Expunerea voluntară sau involuntară a corpului la energie nucleară sau rezultatul unei explozii, radiații sau orice alte consecințe în operațiuni de război sau militare sau în timp de pace;
- j) Accidente sau îmbolnăviri pentru care persoana asigurată refuză să solicite sau să accepte tratamentul primit de la un medic ce are calitatea legală și profesională de a prescrie un tratament.
- k) Orice eveniment asigurat survenit în relație directă sau indirectă cu orice afecțiune medicală diagnosticată sau orice accident survenit în perioada dintre data semnării declarației de sănătate și data de activare a cardului în cazul ofertei mixte.

Excluderi specifice în caz de Invaliditate Totală Permanentă - în plus față de cele menționate mai sus:

- a) Participarea la competiții (altele decât cele sportive legal organizate);
- b) Orice tulburare psihiatrică, mentală, funcțională sau nervoasă;
- c) Virusul imunodeficienței umane (HIV) sau variații ale acestuia, inclusiv Sindromul Imunodeficienței Dobândite;
- d) Tentativa de sinucidere sau rănirea voluntară.

Excluderi specifice în caz de Incapacitate Temporară de Muncă - în plus față de cele menționate mai sus:

- a) Boli infecțioase;
- b) Sarcina, nașterea, împreună cu complicațiile ce derivă, avortul (se va plăti indemnizația de asigurare doar dacă avortul s-a produs ca urmare a unei indicații medicale);
- c) Participarea și implicarea în orice activități militare (navale, terestre sau aeriene);
- d) Concediul de maternitate sau paternitate, concediul pentru îmbolnăvirea copilului sau creșterea lui;
- e) Intoxicații cu otravă, medicamente, alcool, gaz sau fum (administrare voluntară sau inhalare);
- f) Toate afecțiunile disco-vertebrale privind rahisul (cervical, dorsal, lombar sau sacral sau coccigian), rezultatele și consecințele acestora, lumbago, durere de spate, sciatică, cruralgii, radiculalgii, cervicalgii, dorsalgii, neuralgii cervico-branhiiale, deplasări de discuri cu excepția cazului în care una dintre afecțiuni necesită spitalizare pentru o perioadă continuă de cel puțin 15 zile sau intervenție chirurgicală în timpul perioadei de Incapacitate Temporară de Muncă sau Invaliditate Totală Permanentă.
- g) Orice stare de Incapacitate Temporară de Muncă care începe pe perioada primelor 3 luni de la data la care Persoana asigurată este acceptată în Asigurarea de Viață de Grup. Prin excepție de la această excludere se va plăti Incapacitatea Temporară de Muncă survenită ca urmare a unui Accident.

Excluderi în caz de Șomaj:

- a) Persoana asigurată (salariatul) și-a părăsit locul de muncă în mod voluntar;
- b) Angajatorul a încetat contractul de muncă din cauza faptului că Asiguratul (salariatul) nu mai corespunde criteriilor impuse de poziția pe care o ocupă, în acord cu dispozițiile Legii nr. 53/2003 – Codul Muncii și/ sau, dacă este cazul, cu alte dispoziții speciale legale;
- c) Persoana asigurată a refuzat o anumită ofertă de muncă concretă, compatibilă cu pregătirea sa profesională sau, dacă este cazul, cu capacitatea de muncă determinată de medicul specialist în expertiza capacității de muncă;
- d) Retragerea brevetului de liberă practică a profesiei;
- e) Persoana asigurată are încheiat cu angajatorul un contract de muncă pe perioadă determinată, data încetării contractului de muncă fiind prevăzută înainte de data scadenței ultimei rate a cardului.
- f) Șomajul survenit în primele 6 luni de la data la care Persoana asigurată este acceptată în asigurare.

Când începe și când încetează acoperirea?

- Acoperirea începe la ora 24:00 a datei de semnare de către Persoana asigurată a Cererii de asigurare sub rezerva aprobării limitei de creditare de către BRD Finance.
- Acoperirea se menține atât timp cât cardul de credit are sold creditor purtător de dobândă, precum și în cazul în care soldul creditor nu e purtător de dobândă, dar există obligația plății primei de asigurare. În aceste cazuri, asigurarea rămâne în vigoare, dar fără acoperire. Acoperirea se reactivează odată cu accesarea unui nou credit purtător de dobândă.
- Acoperirea prin asigurare va înceta la ora 24:00 a zilei în care are loc încetarea Asigurării individuale.

În ce condiții încetează Asigurarea Individuală?

Asigurarea încetează înainte de termen, în oricare dintre situațiile următoare:

- În cazul neplății primei de asigurare, după expirarea perioadei de grație de 30 de zile;
- La data plății indemnizației de asigurare în caz de Deces sau Invaliditate Totală Permanentă;
- La data la care persoana asigurată împlinește vârsta maximă admisă;
- La data la care încetează contractul de card de credit;
- Prin denunțare unilaterală de către oricare parte a contractului, cu cel puțin 20 de zile înainte de încetarea asigurării

Unde beneficiaz de asigurare?

Asigurarea este valabilă pe teritoriul României și în țările membre ale Uniunii Europene (UE) și ale Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE).

Când și cum plătesc?

- Prima lunară de asigurare este plătită de către Persoana asigurată Contractantului asigurării la aceeași dată cu plata ratei cardului de credit.
- Primele de asigurare sunt calculate prin aplicarea cotei de primă la valoarea soldului cardului la data scadență a plății, potrivit extrasului de cont.
- Perioada de grație pentru neplata la scadență a primelor de asigurare este de 30 de zile.
- În caz de neplată a primelor de asigurare, Asigurătorul nu va mai fi oferit acoperire începând cu prima zi după terminarea perioadei de grație.

Care este valoarea de răscumpărare?

Asigurarea de viață atașată cardurilor de credit nu are valoare de răscumpărare.

Cum se depune o cerere de despăgubire?

- În cazul producerii unui risc acoperit de Asigurarea de Viață de Grup, Persoana asigurată, respectiv moștenitorii săi sau orice altă persoană, trebuie să trimită o notificare Contractantului Asigurării și Asigurătorului și să pună la dispoziția Asigurătorului documentele solicitate pentru a determina justetea acordării despăgubirii.
- Data deschiderii dosarului de daună este data la care Asigurătorul primește documentele obligatorii (specifice fiecărui risc asigurat) menționate în cererea de despăgubire.
- În termen de 10 zile lucrătoare de la primirea tuturor documentelor solicitate, Asigurătorul trebuie să ia decizia de acceptare sau respingere a solicitării de despăgubire.

Cum pot depune o reclamație?

Orice nemulțumire reclamată de către Persoana Asigurată în legătură cu interpretarea și executarea contractului de asigurare va fi soluționată prin formularea unei petiții scrise înregistrată la sediul Asigurătorului. Această petiție va fi analizată de Asigurător și va fi soluționată prin transmiterea, în termen de maximum 30 de zile, a unui răspuns scris, punctual și argumentat, către persoana care a formulat-o.

Adresa de corespondență a BRD Asigurări de Viață S.A. este Strada Gheorghe Polizu, nr. 58-60, etajele 8 (zona 3) – 9, sector 1, cod poștal: 011062, București.

Adresa de email pentru depunerea unei plângeri este office.brdasigurarideviata@brd.ro.

Link-ul către site-ul de reclamații este: <https://www.brdasigurarideviata.ro/contact>.

Informații generale privind deducerile prevăzute de legislația fiscală aplicabilă contractului de asigurare

Contractul de asigurare se supune tratamentului fiscal referitor la deducerile fiscale aplicabile la momentul plății primei de asigurare.

Care este legea aplicabilă contractului de asigurare?

Contractul de asigurare este guvernat de legea română în vigoare.

Fondul de Garantare

În cazul în care BRD Asigurări de Viață se va afla în stare de insolvabilitate, Fondul de Garantare, definit astfel prin Legea nr. 213/2015 cu modificările și completările ulterioare, va proteja interesele asiguraților și ale moștenitorilor/beneficiarilor asigurării.

Soluționarea alternativă a litigiilor

În conformitate cu prevederile Regulamentului nr. 4/2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN) și prevederile Ordonanței Guvernului nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți, litigiile dintre consumatori, astfel cum aceștia sunt definiți prin art. 2 pct. 2 din Ordonanța Guvernului nr. 21/1992 privind protecția consumatorilor, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și entitățile autorizate, reglementate și/sau supravegheate de către Autoritatea de Supraveghere Financiară, pot fi soluționate de către Entitatea de Soluționare Alternativă a Litigiilor (SAL-Fin). Aceasta este singura entitate de soluționare alternativă a litigiilor ce poate apărea între consumatori și entitățile pieței asigurărilor. Consumatorii pot supune litigiul procedurilor SAL administrate de SAL-Fin dacă fac dovada că, în prealabil, au încercat să soluționeze litigiul direct cu comerciantul în cauză.

Organizarea și soluționarea alternativă a litigiilor se realizează prin procedura SAL finalizată cu propunerea unei soluții sau procedura SAL finalizată cu impunerea unei soluții.

Date de contact SAL-Fin:

București, Splaiul Independenței nr. 15,
sector 5, cod poștal 050092.

Fax: 021.659.60.51 sau 021.659.64.36

E-mail: office@salfin.ro

Relații cu publicul: 0800 825 627