

Confirm că îndeplinesc următoarele **condiții de eligibilitate** pentru intrarea în asigurare:

1. Nu sufăr și nu am suferit vreodată de afecțiuni care să necesite supraveghere sau tratament medical constant și nici nu urmează să fiu tratat ori spitalizat pentru vreuna dintre afecțiunile menționate mai jos:
 - a. Durere în piept, hipertensiune arterială, accident vascular cerebral, accident ischemic tranzitoriu, atac de cord, sufluri cardiace sau alte afecțiuni cardiace sau circulatorii; b. Cancer, tumori, leucemie (!);
 - c. Afecțiuni cronice respiratorii inclusiv astm sever;
 - d. Diabet;
 - e. Colită ulcerativă, pancreatită cronică și afecțiuni cronice ale ficatului sau afecțiuni renale cronice;
 - f. Epilepsie, paralizie, scleroză multiplă și alte boli neurologice sau psihice;
 - g. Afecțiuni ale sistemului imunitar;
 - h. Nu am avut niciodată un test HIV cu rezultat anormal și nu sufăr de SIDA;
 - i. Nu am fost vreodată sub tratament pentru abuz de alcool sau droguri.

(!) Supraviețuitorul de cancer are dreptul de a nu furniza informații și documente care vizează o afecțiune oncologică, dacă a trecut un termen de cel puțin 7 ani de la data încheierii protocolului oncologic, respectiv un termen de cel puțin 5 ani, dacă diagnosticul a fost pus înainte de vârsta de 18 ani.
2. Am vârsta de minim 18 ani și maxim 68 de ani și 11 luni, la momentul inițierii cererii de credit;
3. Nu dețin o pensie de invaliditate de orice grad sau un certificat de handicap la data încheierii contractului de asigurare;
4. Am rezidența în România.

Înțeleg că pentru a beneficia și de acoperirea următoarelor riscuri, **trebuie să îndeplinesc suplimentar și următoarele condiții:**

Pentru acoperirea Invaliditate Totală și Permanentă:

- a. Exerciți o profesie liberală și realizez venituri altele decât cele salariale, înregistrez venituri din drepturi de proprietate intelectuală, sunt navigator, cenzor/administrator, obțin venituri din rente viagere, chirii, dividende, contracte de colaborare, după caz;
- sau
- b. Sunt Salariat

Pentru acoperirea Incapacitate Temporară de Muncă:

- a. sunt Pensionar și dețin o pensie pentru limită de vârstă, în conformitate cu legislația în vigoare privind sistemul unitar de pensii publice, pentru a fi eligibil trebuie să fac dovada obținerii de venituri salariale suplimentare veniturilor din pensie. sau
- b. Sunt Salariat

Pentru acoperirea Pierdere Involuntară a Locului de Muncă:

- a. la data semnării Cererii de Aderare la asigurare sunt Salariat în baza unui contract individual de muncă;
- b. nu sunt subiectul niciunei proceduri de concediere (individuală/colectivă)/nu am transmis angajatorului în ultimele 3 luni o cerere de demisie sau de încetare a relațiilor de muncă prin acordul părților și nici nu am primit din partea angajatorului o propunere de încetare a relațiilor de muncă prin acordul părților.

În continuare, trebuie să citești cu atenție **termenii și condițiile contractului de asigurare:**

Termeni și Condiții ai Asigurării Credit Fără Grijă atașate Creditului de Nevoi Personale fără garanție ipotecară/ Document de Informare care conține informații cheie despre produsul de asigurare

1. DEFINIȚII

Asigurător – NN Asigurări de Viață S.A., Str. Costache Negri nr.1-5, Sector 5, București 050552, telefon 021 9464, înregistrată la Registrul Comerțului sub nr. J1997000475400; CUI 9100488; autorizată de Comisia de Supraveghere a Asigurărilor „C.S.A.” (în prezent „ASF”) în baza Deciziei nr. 36/20.11.2001, înscrisă în Registrul Asigurătorilor sub cod: RA- 12/10.04.2003, care preia riscul asigurat în concordanță cu Termenii și Condițiile prezentate mai jos;

Intermediar secundar în asigurări – agent afiliat – Salt Bank S.A., cu sediul social situat în București, B-dul Dimitrie Pompei nr. 5-7, et. 6, sector 2, CUI 10318789, înregistrată la Registrul Comerțului cu nr. J1998002416408/ 12.03.1998; înregistrată în Registrul Intermediarilor Secundari sub nr. 500022.

Contractant – Salt Bank S.A., cu sediul social situat în București, B-dul Dimitrie Pompei nr. 5-7, et. 6, sector 2, care, în baza Contractului de agent afiliat și sub răspunderea Asigurătorului, desfășoară activități de distribuție ale produselor de asigurare ale NN Asigurări de Viață S.A., încadrate în următoarele clase de asigurări: C1, A1 și A2;

Asigurat – Persoană fizică care obține venituri provenind din salariu, pensie sau din exercitarea unei profesii libere și realizează venituri altele decât cele salariale, persoană care înregistrează venituri din drepturi de proprietate intelectuală, navigator (marinar), cenzor/administrator, persoană ce obține venituri din rente viagere, chirii, dividende, contracte de colaborare, client Salt Bank, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- a. a încheiat cu Contractantul un Contract de Credit de nevoi personale fără garanție ipotecară;
- b. îndeplinește condițiile de eligibilitate pentru a adera la Asigurarea de Grup;
- c. plătește primele de asigurare;

Beneficiarul Asigurării – Salt Bank S.A., desemnat în conformitate cu prevederile Art.9 lit.b din prezentul document în limita obligațiilor curente și/sau istorice ale Asiguratului în raport cu Contractul de Credit. Beneficiarul indemnizației de asigurare nu poate fi schimbat pe durata contractului;

Accident – Orice eveniment brusc, imprevizibil, violent, exterior Asiguratului, care se produce independent de voința acestuia, în mod direct și independent de orice îmbolnăvire fizică sau mintală, care determină leziuni fizice conducând la Decesul sau Invaliditatea Totală și Permanentă sau Incapacitatea temporară de muncă sau la internarea Asiguratului într-un spital ca pacient internat (Spitalizare);

Afecțiune (Boală) – Stare anormală a organismului care afectează fie întreg organismul, fie orice parte a acestuia, care determină deteriorarea funcționării normale a acestuia;

Asigurarea de Grup – Contractul de Asigurare de Grup încheiat de Salt Bank și NN Asigurări de Viață S.A., având drept scop oferirea produsului de asigurare pentru Credit de nevoi personale fără garanție ipotecară, membrilor Grupului Asigurat;

Cerere de Aderare – Document prin care Asiguratul aderă la Asigurarea de Grup, declarând pe propria răspundere că îndeplinește criteriile de eligibilitate și pe cele din declarația de sănătate;

Certificat de Asigurare – Documentul care atestă aderarea la Asigurarea de Grup atașată Creditului de nevoi personale fără garanție ipotecară, emis și semnat de Asigurător;

Contract de Asigurare – Materializarea unui acord liber consimțit încheiat în formă scrisă între Asigurător, Contractant și Asigurat, ce are în componență următoarele documente: Cererea de Aderare și Certificatul de Asigurare, precum și prezentul document Termeni și Condiții de Asigurare;

Contract de Credit – Contractul de credit de nevoi personale fără garanție încheiat de Salt Bank în calitate de împrumutător cu o altă persoană în calitate de împrumutat, în baza căruia Salt Bank se obligă să acorde împrumutatului o anumită sumă de bani, iar împrumutatul se obligă să restituie băncii suma de bani împrumutată, la termenul și în condițiile stipulate în Contractul de Credit și să plătească băncii dobânda, comisioanele, precum și orice alte costuri datorate potrivit contractului;

Data Acordării Creditului/ Data Prelucrării Riscurilor Asigurate – Data la care Salt Bank pune la dispoziția Asiguratului creditul aprobat, prin creditarea contului curent atașat contului de împrumut cu suma împrumutată;

Data Emiterii Certificatului de Asigurare – Data înscrisă pe Certificatul de Asigurare, aceeași cu data semnării Contractului de Credit, dată de la care clientul Salt Bank dobândește calitatea de Asigurat;

Data Scadentă a Primei de Asigurare – Data scadentă a Ratei Lunare de Credit, dată la care Asiguratul are obligația de a plăti Prima de Asigurare, conform celor menționate în Certificatul de Asigurare și în graficul de rambursare aferent Contractului de Credit;

Durata Asigurării – Începe la Data Emiterii Certificatului de Asigurare și se încheie la momentul plății ultimei Rate Lunare de Credit, conform graficului de rambursare aferent Contractului de Credit;

Eveniment Asigurat/ Risc Asigurat – Eveniment viitor, imprevizibil și fortuit, la producerea căruia, Asigurătorul are obligația de a plăti Indemnizația de Asigurare | **Data Producerii Evenimentului Asigurat (Riscului Asigurat):**

Eveniment Asigurat	Definiție Data Producerii
Deces	Definiție: Oprirea definitivă a tuturor funcțiilor vitale ale unui Asigurat din cauza unui accident sau a unei îmbolnăviri. Data producerii evenimentului: Data decesului înscrisă în certificatul de deces.
Invaliditate Totală și Permanentă (ITP)	Definiție: Vătămare corporală ca urmare a unei boli sau a unui accident, constatată de medicul specializat în expertiză medicală a capacității de muncă din cadrul Casei Naționale de Pensii Publice, care împiedică total și permanent Asiguratul să desfășoare activități care i-ar aduce un venit, salariu, câștiguri sau profit în cadrul oricărei ocupații/ profesii și care determină încadrarea Asiguratului în grad de invaliditate I sau II conform legislației privind pensiile publice valabile la momentul emiterii deciziei. Data producerii evenimentului: Data stabilită în Decizia medicală asupra capacității de muncă emisă în baza legislației privind pensiile publice valabile la momentul emiterii deciziei.

Incapacitate Temporară de Muncă (Concediu Medical Prelungit/ ITM)	Definiție: Incapacitatea totală și temporară a Asiguratului, ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri, constatată de către medic, care îl împiedică să efectueze o activitate profesională lucrativă, să exercite o profesie liberală sau să înregistreze venituri din drepturi de proprietate intelectuală, navigatorii, cenzorii/administratorii, persoanele ce obțin venituri din rente viagere, chirii, dividende, contracte de colaborare, cu condiția ca, până în prima zi de întrerupere a activității, Asiguratul să fi efectuat asemenea activități profesionale generatoare de venituri. Data producerii evenimentului: Prima zi de concediu medical menționată în certificatul inițial de concediu medical.
Pierdere Involuntară a Locului de Muncă (PILM) – Șomaj	Definiție: Pierderea involuntară a locului de muncă a Asiguratului care îl determină pe acesta să devină Șomer. Data producerii evenimentului: Data menționată ca atare în decizia de încetare a raportului de muncă, din motive neimputabile Asiguratului, cu ultimul angajator.
Spitalizare	Definiție: Intervalul de timp, exprimat în număr de nopți, petrecut de Asigurat într-un Spital în care a fost internat, la recomandarea unui medic, în care i-a fost rezervat un pat pentru una sau mai multe Zile de Spitalizare consecutive, ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri. Data producerii evenimentului: Prima Zi de Spitalizare menționată în documentul care atestă internarea în Spital.

Clasa în care sunt încadrate Evenimentele Asigurate este C1, conform Legii 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare;

Grup Asigurat – Totalitatea Asiguraților, aflați în evidența Asigurătorului, care au aderat la Asigurarea de Grup. Contractantul Asigurării are obligația actualizării lunare a Grupului Asigurat;

Indemnizație de Asigurare – Suma care este plătită Beneficiarului în cazul producerii Evenimentului Asigurat, stabilită conform prevederilor prezentului document, Termeni și Condiții de Asigurare;

Limită Maximă de Indemnizație – Suma maximă care este plătită Beneficiarului, în cazul producerii Evenimentului Asigurat, pe întreaga Durată a Asigurării, stabilită conform prevederilor Termenilor și Condițiilor de Asigurare;

Medic – Persoană care prestează servicii medicale conform dreptului său de liberă practică eliberat de către autoritatea publică și de către o instituție academică acreditată, în vederea prescrierii sau aplicării de tratamente. Din această categorie sunt excluși în mod explicit membrii familiei Asiguratului precum și orice persoană care locuiește la domiciliul Asiguratului;

Pacient Internat – Asiguratul internat într-un Spital, într-o secție specificată de un Medic al Spitalului, ca pacient tratat la pat, cu acte de internare, timp de minimum 24 de ore consecutive, ca necesitate asistență medicală conform sfatului unui Medic în scopul îngrijirii, alta decât îngrijirea la domiciliu;

Pensionar, definit conform prevederilor din legislația privind pensiile publice valabile la momentul emiterii deciziei de pensie. Categoriile de pensionari eligibili sunt:

- pentru limită de vârstă;
- pensie anticipată;
- pensia anticipată parțială.

Perioada de Asigurare – Perioada acoperirii de asigurare care începe de la momentul acordării creditului conform graficului de rambursare, în care Asiguratul beneficiază de protecția oferită de Asigurarea de Grup, sub rezerva achitării Primei de Asigurare.

Perioada de Excludere – Perioada de 60 de zile calendaristice consecutive, de la Data Acordării Creditului, în care Asiguratul nu beneficiază de protecție prin Asigurarea de Grup în cazul Pierderii Involuntare a Locului de Muncă;

Perioada de Așteptare – Perioada de 30 de zile calendaristice consecutive, de la Data Producerii Incapacității Temporare de Muncă și 60 de zile calendaristice consecutive de la Data Producerii Pierderii Involuntare a Locului de Muncă, pe durata căreia Evenimentul Asigurat corespunzător trebuie să se producă neîntrerupt pentru ca Asiguratul să dobândească dreptul la Indemnizația de Asigurare. În cazul Spitalizării, Perioada de Așteptare este de 3 Zile de Spitalizare consecutive, calculată de la data internării în Spital;

După expirarea Perioadei de Așteptare, Indemnizațiile de Asigurare datorate vor fi plătite, începând cu prima Rata Lunară de Credit ulterioară Datei Producerii Evenimentului Asigurat, cu respectarea condițiilor prevăzute la prezentul document Termeni și Condiții de Asigurare;

Rata de Primă – Coeficientul exprimat procentual, menționat în Certificatul de Asigurare, utilizat pentru calcularea Primei de Asigurare;

Primă de Asigurare – Sumă rezultată din aplicarea (înmulțirea) Ratei de Primă la Suma Asigurată conform graficului de rambursare aferent Contractului de Credit, datorată și plătită lunar Asiguratorului de către Asigurat;

Principal – partea din suma inițială împrumutată care se diminuează pe măsura efectuării rambursărilor, fără a include dobânzi, comisioane sau alte costuri;

Rată Lunară de Credit – Suma datorată lunar lui Salt Bank de către Asigurat, așa cum a fost convenită în Contractul de Credit și graficul de rambursare în vigoare, excluzând Prima de Asigurare aferentă Contractului de Asigurare, sumele restante sau primele de asigurare aferente altor produse de asigurare;

Salariat – Persoană fizică care în temeiul contractului individual de muncă încheiat cu angajatorul (persoană fizică sau juridică) se obligă să presteze muncă pentru și sub autoritatea angajatorului în schimbul unei remunerații sub forma unui salariu;

Soldul Creditului – Suma rămasă de plătit, cu titlul de Principal, datorată lui Salt Bank de către Asigurat;

Spital – Unitate sanitară cu paturi, de utilitate publică, cu personalitate juridică, constituită conform legii, ce furnizează servicii medicale, prin personal calificat (medici și asistenți medicali).

Nu se consideră a fi Spital: instituțiile destinate îngrijirii alcoolicilor sau persoanelor dependente de droguri, sanatoriile (balneo-climaterice, TBC, de recuperare neuro-psihomotorie), instituțiile pentru tratarea bolilor psihice, instituțiile de reabilitare și recuperare, instituțiile pentru îngrijiri paliative, azilurile/casele de îngrijire pentru bătrâni;

Suma Asigurată – Suma reprezentând 100% din Soldul Creditului stabilit prin graficul de rambursare;

Șomer – Orice persoană al cărei contract individual de muncă sau de serviciu a încetat, la inițiativa angajatorului, din motive neimputabile Salariatului, sau de drept, și care este înregistrată la Agențiile Teritoriale pentru Ocuparea Forței de Muncă din România, cu dreptul de a primi indemnizația de șomaj în conformitate cu legislația în vigoare;

Zi de Spitalizare – Intervalul de 24 de ore petrecut efectiv de către Asigurat în Spital. Prima zi de Spitalizare începe la ora de internare a Asiguratului, odată cu luarea în evidență, și se termină la ora 00:00 a zilei calendaristice următoare. Ultima zi de Spitalizare începe la ora 00:00 și se termină la ora externării. Prima și ultima Zi de Spitalizare sunt considerate o zi de spitalizare întreagă.

2. CONDIȚII DE ELIGIBILITATE PENTRU INTRAREA ÎN ASIGURARE

2.1. Sunt eligibile pentru a dobândi calitatea de Asigurat, în cadrul Asigurării de Grup, persoanele fizice care, la data parcurgerii integrale a procesului de comercializare electronică, îndeplinesc cumulativ următoarele:

- a. conform declarației de sănătate din cadrul prezentului document, dată pe proprie răspundere, nu suferă și nu au suferit vreodată de Afecțiuni care să necesite supraveghere sau tratament medical constant și nici nu urmează să fie tratate ori spitalizate pentru vreuna dintre afecțiunile menționate mai jos:
 - i) Durere în piept, hipertensiune arterială, accident vascular cerebral, accident ischemic tranzitoriu, atac de cord, sufluri cardiace sau alte afecțiuni cardiace sau circulatorii;
 - ii) Cancer, tumori, leucemie (!);
 - iii) Afecțiuni cronice respiratorii inclusiv astm sever; iv) Diabet;
 - v) Colită ulcerativă, pancreatită cronică și afecțiuni cronice ale ficatului sau afecțiuni renale cronice;
 - vi) Epilepsie, paralizie, scleroză multiplă și alte boli neurologice sau psihice; vii) Afecțiuni ale sistemului imunitar;
 - viii) Nu au avut niciodată un test HIV cu rezultat anormal și nu suferă de SIDA; ix) Nu au fost vreodată sub tratament pentru abuz de alcool sau droguri.

(!) Supraviețuitorul de cancer are dreptul de a nu furniza informații și documente care vizează o afecțiune oncologică, dacă a trecut un termen de cel puțin 7 ani de la data încheierii protocolului oncologic, respectiv un termen de cel puțin 5 ani, dacă diagnosticul a fost pus înainte de vârsta de 18 ani.

- b. au vârsta de minim 18 ani și maxim 68 de ani și 11 luni, la momentul inițierii cererii de credit;
- c. nu dețin o pensie de invaliditate de orice grad sau un certificat de handicap, la Data Emiterii Certificatului de Asigurare.
- d. au rezidența în România.

2.2. Sunt eligibile pentru acoperirea Riscului Asigurat de Invaliditate Totală și Permanentă, persoanele fizice care îndeplinesc, suplimentar față de condițiile prevăzute în art. 2.1. și următoarele condiții de eligibilitate:

- a. exercită profesii liberale și realizează venituri altele decât cele salariale, persoanele care înregistrează venituri din drepturi de proprietate intelectuală, navigatorii, cenzorii/administratorii, persoanele ce obțin venituri din rente viagere, chirii, dividende, contracte de colaborare, după caz; sau
- b. sunt Salariați.

2.3. Sunt eligibile pentru acoperirea Riscului Asigurat de Incapacitate Temporară de Muncă, persoanele fizice care îndeplinesc suplimentar față de condițiile prevăzute în articolul 2.1. și următoarele condiții de eligibilitate:

- 2.3.1. sunt Pensionari și dețin o pensie pentru limita de vârstă, în conformitate cu legislația în vigoare privind sistemul unitar de pensii publice, pentru a fi eligibili trebuie să facă dovada obținerii de venituri salariale suplimentare veniturilor din pensie.

- 2.3.2. sunt Salariați.

2.4. Sunt eligibile pentru acoperirea Riscului Asigurat de Pierdere Involuntară a Locului de Muncă, persoanele fizice care obțin venituri doar din salariu, care îndeplinesc suplimentar față de condițiile prevăzute în articolul 2.1. și următoarele condiții de eligibilitate:

- a. la data semnării Cererii de Aderare sunt Salariați în baza unui contract individual de muncă;

- b. nu fac obiectul nici unei proceduri de concediere (individuală/colectivă) ori nu au transmis în ultimele 3 luni și nu au primit din partea angajatorului o propunere de încetare a relațiilor de muncă prin acordul părților.

Evenimentele/Riscurile Asigurate, la nivel de categorie de Asigurați, sunt acoperite conform prevederilor din tabelul de mai jos.

Categorii de Asigurați	Riscuri Asigurate				
	Deces	Invaliditate Totală și Permanentă	Incapacitate Temporară de Muncă	Pierdere Involuntară a Locului de Muncă	Spitalizare
Salariați	✓	✓	✓	✓	
Persoane fizice care exercită o profesie liberală					✓ ✓
					✓
Pensionari	✓				

3. CÂND ÎNCEPE ȘI CÂND SE TERMINĂ ACOPERIREA RISCURILOR INCLUSE ÎN ASIGURARE?

Contractul de Asigurare este valabil în România pentru Evenimentul Asigurat de Pierdere Involuntară a Locului de Muncă și are valabilitate teritorială nelimitată pentru Deces, Invaliditate Totală și Permanentă, Incapacitate Temporară de Muncă și Spitalizare, cu condiția ca documentele care atestă producerea Evenimentului Asigurat în cazul riscului de Incapacitate Temporară de Muncă să fie emise de instituțiile abilitate din România.

Asiguratul va beneficia de Indemnizația de Asigurare aferentă Riscurilor Acoperite în funcție de statutul socio-profesional de la data producerii Evenimentului Asigurat, în conformitate cu prevederile din prezentul document.

Sub rezerva achitării Primei de Asigurare și a îndeplinirii celorlalte condiții prevăzute în Termenii și Condițiile de Asigurare, acoperirea Riscurilor Asigurate pentru fiecare Asigurat începe la Data Acordării Creditului și se menține pe o durată egală cu durata rămasă a Contractului de Credit.

Contractul de Asigurare încetează în oricare din următoarele situații, fără niciun fel de obligație financiară din partea Asigurătorului și fără a percepe penalități pentru Asigurat:

- la data rambursării integrale a Creditului la termen sau anticipat, caz în care Soldul Creditului devine zero;
- la data declarării Creditului scadent anticipat;
- la data la care Asigurații împlinesc vârsta de 70 de ani;
- prin denunțarea unilaterală din partea Asiguratului, ca urmare a transmiterii către Asigurător a unei notificări scrise în acest sens. În acest caz, acoperirea rămâne valabilă până la data ultimei scadențe pentru care s-a efectuat plata primei de Asigurare;
- Prin exercitarea dreptului de retragere al Asiguratului, într-un termen de 30 zile de la data emiterii Certificatului de Asigurare, printr-o notificare adresată agentului afiliat/Asigurătorului, cu consecința restituirii primei de asigurare într-un termen de 30 zile;
- prin denunțarea unilaterală din partea Asigurătorului, ca urmare a transmiterii către Asigurat a unei notificări scrise, cu cel puțin 30 de zile calendaristice înainte de data propusă în cuprinsul notificării de încetare a contractului de asigurare;
- la data plății Indemnizațiilor de Asigurare ca urmare a producerii Riscurilor Asigurate de Deces și Invaliditate Totală și Permanentă;

- h.** în cazul în care Asiguratul nu acceptă actualizările propuse de Asigurător la prezentul document, Termeni și Condiții de Asigurare (dacă este cazul), caz în care Contractul de Asigurare încetează la următoarea dată scadentă a Ratei Lunare de Credit, conform graficului de rambursare în vigoare, ulterior primirii notificării de către Asigurător;
- i.** în cazul oricărei acțiuni sau inacțiuni a Asiguratului prin care se încalcă obligațiile contractuale sau legale cu intenția de a obține un folos necuvenit sau de a crea prejudicii de orice natură fie Asiguratorului, fie unui terț;
- j.** în cazul Asiguraților incluși pe lista persoanelor urmărite penal pentru folosirea intenționată a unor mijloace capabile să producă un pericol comun (participarea Asiguratului la organizarea și/sau comiterea de acte de terorism);
- k.** prin acordul scris al părților contractante;
- l.** prin neplata a maxim 2 Prime de asigurare consecutive;
- m.** prin alte modalități conform legii.

INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE

	Deces	Invaliditate Totală și Permanentă	Incapacitate Temporară de Muncă	Șomaj	Spitalizare
Indemnizația de asigurare	100% din Soldul Creditului valabil la data scadentă anterioară datei Decesului	100% din Soldul Creditului, valabil la data scadentă anterioară datei declarației Invalidității Totale Permanente	Rata Lunară a Creditului	Rata Lunară a Creditului	Echivalentul a 2 Rate Lunare de Credit în limita a maximum 6.000 lei per eveniment
Limită Maximă de Indemnizație	Maxim 250.000 lei	Maxim 250.000 lei	Maxim 6 Rate Lunare de Credit per Eveniment Asigurat Maxim 18 Rate Lunare de Credit per Contract de Asigurare Valoarea maximă a unei Rate Lunare de Credit care se va despăgubi este de 6.000 lei	Maxim 6 Rate Lunare de Credit per Eveniment Asigurat Maxim 18 Rate Lunare a Creditului per Contract De Asigurare Valoarea maximă a unei Rate Lunare de Credit care se va despăgubi este de 6.000 lei	Maxim 2 Evenimente Asigurate per Contract De Asigurare Valoarea maximă a unei Indemnizații este de 6.000 lei

Perioada de Excludere	Nu se aplică	Nu se aplică	Nu se aplică	60 de zile calendaristice de la Data Intrării în Vigoare a Acoperirii	Nu se aplică
Perioada de Așteptare	Nu se aplică	Nu se aplică	30 zile calendaristice de la Data Producerii Evenimentului Asigurat	60 de zile calendaristice de la Data Producerii Evenimentului Asigurat	3 Zile de Spitalizare de la Data Producerii Evenimentului Asigurat

Tabelul de mai sus conține un sumar al informațiilor cuprinse în capitolul Indemnizația de Asigurare. Asiguratului i se aplică prevederile complete, descrise în continuare în cuprinsul capitolului.

A. Indemnizația de Asigurare în cazul Decesului

În cazul în care, în perioada de valabilitate a Contractului de Asigurare, are loc Decesul Asiguratului, Asigurătorul va plăti Beneficiarului Indemnizația de Asigurare, în conformitate cu prezentele Condițiile de Asigurare, după primirea și analizarea documentelor necesare, menționate în cuprinsul capitolului 5.

În ce constă Indemnizația de Asigurare?

Asigurătorul va plăti Beneficiarului Indemnizația de Asigurare reprezentând 100% din Soldul Creditului, valabil la data scadentă anterioară datei Decesului, dar nu mai mult de 250.000 lei.

B. Invaliditate Totală și Permanentă

În cazul în care, în perioada de valabilitate a Contractului de Asigurare, în urma unei boli sau a unui accident, se confirmă dobândirea de către Asigurat a unei Invalidități Totale și Permanente de gradul I sau II ireversibilă, nerevizuibilă și permanentă, dovedită prin certificatul de invaliditate emis pe o perioadă nedeterminată, în cazul afecțiunilor grave și ireversibile, Asigurătorul va plăti Beneficiarului Indemnizația de Asigurare, în conformitate cu prezentele Condițiile de Asigurare, după primirea și analizarea documentelor necesare menționate în cuprinsul capitolului 5.

În ce constă Indemnizația de Asigurare?

Asigurătorul va plăti Beneficiarului Indemnizația de Asigurare reprezentând 100% din Soldul Creditului valabil la data scadentă anterioară datei producerii Evenimentului Asigurat, dar nu mai mult de 250.000 lei.

C. Incapacitate Temporară de Muncă (ITM)

În cazul în care, în perioada de valabilitate a Contractului de Asigurare, Asiguratul eligibil se află în Incapacitate Temporară de Muncă cauzată de o îmbolnăvire sau un accident și beneficiază de concediu medical, Asigurătorul va plăti Beneficiarului desemnat Indemnizația de Asigurare, în conformitate cu prezentele Condițiile de Asigurare, după primirea și analizarea documentelor necesare menționate în cuprinsul capitolului 5.

În ce constă Indemnizația de Asigurare?

Indemnizația de Asigurare reprezintă Rata Lunară a Creditului. Asigurătorul va despăgubi astfel:

- maxim 6 Rate Lunare de Credit per Eveniment Asigurat;
- maxim 18 Rate Lunare a Creditului însumate per Contract de Asigurare.

Limita Maximă de indemnizație a unei Rate Lunare a Creditului este de 6.000 Lei, indiferent de cuantumul real al Ratei Lunare a Creditului. Diferența între valoarea reală a Ratei Lunare a Creditului și Limita Maximă de Indemnizație de 6.000 Lei va fi suportată de către Asigurat, conform obligațiilor asumate în Contractul de Credit.

În situația în care Asiguratul beneficiază de plata unei alte indemnizații de asigurare aferentă unui eveniment de Pierdere Involuntară a Locului de Muncă (PILM) – Șomaj notificat anterior, în conformitate cu prezentele Condiții de Asigurare, Indemnizația de Asigurare pentru ITM nu se va plăti de către Asigurător; Asigurătorul va începe să efectueze plata Indemnizației de Asigurare pentru ITM în momentul în care obligația de plată a indemnizației aferente evenimentului de Pierdere Involuntară a Locului de Muncă (PILM) – Șomaj anterior notificat a încetat și sunt îndeplinite condițiile de continuare a plății Indemnizației pentru evenimentul de ITM.

În ce condiții se acordă Indemnizația de Asigurare?

Asiguratul este eligibil pentru plata Indemnizației de Asigurare doar în situația în care ITM se manifestă fără întrerupere timp de 30 zile calendaristice (Perioada de Așteptare) de la Data Evenimentului Asigurat.

Dacă au trecut mai mult de 12 luni de la intrarea în asigurare, nu se mai aplică excluderea (precizată în capitolul 6) constând în „Asigurătorul nu va plăti Indemnizația de Asigurare pentru oricare din Riscurile Acoperite prin Contractul de Asigurare, dacă Evenimentul Asigurat a fost cauzat direct sau indirect de afecțiuni pre-existente la data semnării Cererii de Aderare la Asigurarea de Grup.”

Plata Indemnizației de Asigurare se va efectua astfel:

- Asigurătorul va plăti Ratele Lunare de Credit conform graficului de rambursare în vigoare, începând cu Rata Lunară de Credit aferentă primei scadente ulterioară Datei de Producere a Evenimentului Asigurat (ITM).
- Asigurătorul va plăti Ratele Lunare de Credit cu condiția menținerii neîntrerupte a stării de ITM. Condiția minimă pentru plata Indemnizației de Asigurare este ca Asiguratul să fie în starea de ITM cel puțin o zi în cadrul unei Perioade de Asigurare, ulterior Perioadei de așteptare. De asemenea, plata lunară a Indemnizației de Asigurare, se va face în limita stabilită per Eveniment Asigurat și per Contract de Asigurare, după primirea și analizarea documentelor necesare menționate în cuprinsul capitolului 5.

Dacă Asiguratul intră din nou în ITM ca urmare a revenirii afecțiunilor medicale datorate bolii sau accidentului care au determinat ITM inițială, într-o perioadă de maxim 60 de zile calendaristice de la data încetării ITM inițiale, această nouă Incapacitate Temporară de Muncă este considerată o continuare a Incapacității Temporare de Muncă inițiale iar Indemnizația de Asigurare se va plăti fără a se mai aplica o nouă Perioadă de Așteptare. Dacă această nouă Incapacitate Temporară de Muncă survine după trecerea a 60 de zile calendaristice de la data încheierii Incapacității Temporare de Muncă inițiale, pentru care Asigurătorul a acordat deja Indemnizația, această nouă Incapacitate Temporară de Muncă este considerată un Eveniment Asigurat nou, iar Asigurătorul va acorda Indemnizația de Asigurare cu aplicarea unei noi Perioade de Așteptare.

Când nu se acordă Indemnizația de Asigurare?

Plata Indemnizației de Asigurare încetează în oricare din următoarele situații:

- când Asiguratul nu mai este în ITM și nu mai beneficiază de concediu medical;
- când Asiguratul nu mai pune la dispoziția Asigurătorului copia concediului medical eliberat de medicul specialist/medicul de familie. Acest document va fi pus la dispoziția Asigurătorului lunar pentru a dovedi persistența Incapacității Temporare de Muncă;
- în cazul în care Asiguratul se pensionează (chiar și anticipat) și nu mai deține suplimentar venituri salariale sau din activități independente;

Pentru ITM, în plus față de excluderile generale definite în cuprinsul capitolului 6, vor fi aplicabile următoarele **excluderi specifice, reprezentând situații în care Indemnizația de Asigurare nu va fi plătită de Asigurător:**

- Asiguratul se află în concediu de maternitate, concediu de îngrijire copil, concediu de studii, concediu fără plată sau alte concedii similare care nu se datorează unei boli sau unui accident, cu excepția concediului de risc maternal;
- Asiguratul este supus unor intervenții chirurgicale sau tratamente care nu sunt indispensabile din punct de vedere medical, cum ar fi, cu titlu exemplificativ, dar fără a se limita la acestea: operațiile estetice sau de înfrumusețare.

D. Pierderea involuntară a locului de muncă (PILM) – Șomaj

În cazul în care, în perioada de valabilitate a Contractului de Asigurare, Asiguratul devine Șomer, Asigurătorul va plăti Beneficiarului desemnat Indemnizația de Asigurare, în conformitate cu prezentul document Termeni și Condiții de Asigurare, după primirea și analizarea documentelor necesare menționate în cuprinsul capitolului 5.

În ce constă Indemnizația de Asigurare?

Indemnizația de Asigurare reprezintă Rata Lunară de Credit. Asigurătorul va despăgubi astfel:

- maxim 6 Rate Lunare de Credit per Eveniment Asigurat;
- maxim 18 de Rate Lunare de Credit însumate per Contract de Asigurare.

Limita Maximă de indemnizație a unei Rate Lunare a Creditului este de 6.000 Lei, indiferent de cuantumul real al Ratei Lunare a Creditului. Diferența între valoarea reală a Ratei Lunare de Credit și maximumul de 6.000 Lei va fi suportată de către Asigurat, conform obligațiilor asumate în Contractul de Credit.

În ce condiții se acordă Indemnizația de asigurare?

Asiguratul devine eligibil pentru plata Indemnizației de Asigurare pentru Șomaj la ora 00:00 a zilei următoare expirării Perioadei de Excludere (60 de zile calendaristice) și dacă, calitatea de Șomer se menține fără întrerupere pe parcursul Perioadei de Așteptare (60 de zile calendaristice), Asiguratul având obligația transmiterii documentelor justificative menționate în cuprinsul capitolului 5.

Plata Indemnizației de Asigurare se va efectua astfel:

- Asigurătorul va plăti Ratele Lunare de Credit conform graficului de rambursare în vigoare, începând cu Rata Lunară de Credit aferentă primei scadente ulterioară Datei de Producere a Evenimentului Asigurat (PILM);
- Asigurătorul va plăti Ratele Lunare de Credit cu condiția menținerii neîntrerupte a calității de Șomer indemnizat a Asiguratului, acesta având obligația prezentării carnetului de Șomer vizat pentru fiecare lună/Perioada de Asigurare pentru care solicită plata Indemnizației de Asigurare sau un alt document emis de AJOFM, care atestă calitatea de Șomer indemnizat în Perioada de Asigurare respectivă;
- Asigurătorul va efectua plata lunară a Indemnizației de Asigurare, în limita stabilită per Eveniment Asigurat, și per Contract de Asigurare, sub rezerva transmiterii documentelor doveditoare solicitate de Asigurător menționate în cuprinsul capitolului 5;
- În cazul în care Evenimentul Asigurat PILM este suspendat de un Eveniment Asigurat ITM, Asigurătorul va continua plata Ratelor Lunare de Credit scadente, cu condiția transmiterii documentelor justificative aferente evenimentului ITM de către Asigurat, în limita stabilită pentru Eveniment Asigurat PILM și per Contract de Asigurare.

În situația în care Asiguratul beneficiază de plata unei alte Indemnizații de Asigurare aferentă unui Eveniment Asigurat de Incapacitate Temporară de Muncă notificat anterior, în conformitate cu prezentele Condiții de Asigurare, indemnizația de asigurare pentru PILM nu se va plăti de către Asigurător; Asigurătorul va începe să efectueze plata Indemnizației de Asigurare pentru PILM în

momentul în care obligația de plată a Indemnizației aferente Evenimentului Asigurat de Incapacitate Temporară de Muncă anterior notificat a încetat și sunt îndeplinite condițiile de continuare a plății pentru Evenimentul Asigurat PILM.

Dacă Asigurătorul plătește o indemnizație de Asigurare aferentă unui sau mai multor Evenimente Asigurate cauzate de Șomajul Asiguratului, a cărei valoare totală depășește 6 Rate Lunare de Credit, Asiguratul va fi îndreptățit la o nouă indemnizație de Asigurare aferentă unui nou Eveniment Asigurat după expirarea unei perioade de 6 luni de la data plății celei de-a 6 Rata Lunară de Credit de către Asigurător.

Când nu se mai acordă Indemnizația de Asigurare?

Plata Indemnizației de Asigurare încetează în oricare din următoarele situații :

- la data pensionării indiferent de tipul de pensie pentru care Asiguratul devine eligibil, chiar și în situația în care continuă să obțină venituri din salariu sau din activități independente;
- în cazul în care Asiguratul nu mai îndeplinește calitatea de Șomer;
- când Asiguratul nu mai pune la dispoziția Asigurătorului dovada calității de Șomer indemnizat.

Pentru PILM, în plus față de excluderile generale definite în cuprinsul capitolului 6, vor fi aplicabile următoarele excluderi specifice, reprezentând situații în care Indemnizația de Asigurare nu va fi plătită de Asigurător:

- pierderea locului de muncă în cazul în care intervine sau este comunicată Asiguratului de către angajator înaintea datei începerii acoperirii prin Contractul de Asigurare;
- pierderea locului de muncă, care survine ca urmare a săvârșirii unor abateri disciplinare, cercetate de angajator în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- încetarea contractului de muncă atunci când survine la inițiativa Asiguratului sau prin acordul părților, cu excepția următoarelor cazuri:
 - ✓ demisia Asiguratului survine ca urmare a neplății salariilor sau compensațiilor salariale de către angajator timp de cel puțin 3 luni calendaristice, caz în care acesta este obligat să demonstreze situația prin prezentarea demisiei înregistrate de angajator, inclusiv specificarea expresă a acestui motiv;
 - ✓ acordul părților de încetare a raportului de muncă intervine ca urmare a insolvenței declarate a angajatorului, urmată de începerea procedurii de lichidare judiciară/ faliment.
- încetarea contractului de muncă atunci când survine în cursul sau la sfârșitul perioadei de probă;
- încetarea de drept a contractului de muncă încheiat pe o perioadă determinată;
- pensionarea anticipată a Asiguratului, până la data plății primei Indemnizații de Asigurare pentru Pierderea Involuntară a Locului de Muncă;
- intrarea în Șomaj pentru care nu se plătește indemnizația de șomaj de către Agenția pentru Ocuparea Forței de Muncă;
- dobândirea dreptului de a primi pensie militară, conform legislației în vigoare de către cadrele militare trecute în rezervă sau direct în retragere care au dreptul la pensie militară potrivit legii;
- încetarea/finalizarea studiilor de către absolvenții de studii superioare, doctorale și de tip masterat care beneficiază de Șomaj;
- ca urmare a participării la greve sau alte conflicte organizate de muncă sau orice alte asemenea acțiuni, declarate ilegale de către autoritățile competente;
- invocarea de motive neimputabile Asiguratului, în cazul în care Asiguratul are calitatea de acționar al societății angajatoare sau de membru al organelor de conducere ale acesteia;
- intrarea în Șomaj întrerupt în perioada de așteptare, cu excepția situațiilor în care este suspendată de apariția concediului medical (ITM).

E. Spitalizare

În cazul în care, în perioada de valabilitate a Contractului de Asigurare, Asiguratul necesită Spitalizare ca urmare directă și nemijlocită a unui accident și/sau ca urmare a unei boli, Asigurătorul va plăti Beneficiarului desemnat, Indemnizația de Asigurare, în conformitate cu prevederile prezentului document Termeni și Condiții de Asigurare, după primirea și analizarea documentelor menționate în cuprinsul capitolului 5.

În ce constă Indemnizația de Asigurare?

Indemnizația de Asigurare reprezintă echivalentul a 2 Rate Lunare de Credit per Evenimentul Asigurat, fără a depăși un quantum maxim de 6.000 Lei, plătită într-o plată unică.

Fiecare Spitalizare este considerată un Eveniment Asigurat separat, de sine stătător.

În cazul producerii a două sau mai multe evenimente de Spitalizare în decursul aceleiași luni calendaristice, Asigurătorul va plăti o singură Indemnizație, după încheierea Perioadei de Așteptare. Asigurătorul va plăti:

- ✓ o singură Indemnizație de Asigurare per Eveniment Asigurat;
- ✓ maxim 2 Evenimente Asigurate pe întreaga durată a Contractului de Asigurare.

Valoarea Indemnizației de Asigurare se calculează în funcție de valoarea Ratei Lunare de Credit ulterioară Datei Producerii Evenimentului Asigurat de Spitalizare. Valoarea maximă a Indemnizației de Asigurare care se va despăgubi este de 6.000 lei indiferent de quantumul real al Ratelor Lunare de Credit prevăzute în Contractul de Credit. Diferența între valoarea cumulată reală a celor două Rate Lunare de Credit și maximum de 6.000 Lei va fi suportată de către Asigurat, conform obligațiilor asumate în Contractul de Credit.

În ce condiții se acordă Indemnizația de asigurare?

Asiguratul devine eligibil pentru plata Indemnizației de Asigurare pentru Spitalizare la ora 00:00 a zilei următoare expirării Perioadei de Așteptare (3 Zile de Spitalizare consecutive).

Asigurătorul va plăti întreaga valoare a Indemnizației de Asigurare către Salt Bank, urmând ca aceasta să rețină în calitate de Beneficiar al Asigurării echivalentul obligațiilor curente și/sau istorice ale Asiguratului în raport cu Contractul de Credit, ulterior transferând excedentul în contul curent al Asiguratului deschis la Salt Bank, anume contravaloarea indemnizației ce îi revine acestuia în calitate de Beneficiar al Asigurării.

Dacă au trecut mai mult de 12 luni de la intrarea în asigurare, nu se mai aplica excluderea (precizată în capitolul 6) constând în „Asigurătorul nu va plăti Indemnizația de Asigurare pentru oricare din Riscurile Acoperite prin Contractul de Asigurare, dacă Evenimentul Asigurat a fost cauzat direct sau indirect de afecțiuni pre-existente la data semnării Cererii de Aderare la Asigurarea de Grup.”

Pentru Spitalizare, în plus față de excluderile generale definite în cuprinsul capitolului 6 vor fi aplicabile următoarele excluderi specifice, reprezentând situații în care Indemnizația de Asigurare nu va fi plătită de Asigurător:

- orice Spitalizare ca urmare a unui Accident de autovehicul neraportat la organele de poliție/ Inspectoratul Teritorial de Muncă (dacă este cazul);
- orice Spitalizare ca urmare a unei proceduri chirurgicale estetică sau la solicitarea Pacientului;
- orice Spitalizare ca urmare a unei proceduri de: sterilizare, inseminare artificială, investigarea/ diagnosticarea/tratamentul infertilității.

4. PRIMĂ DE ASIGURARE

Suma lunară, în lei, plătită de Asigurat pe întreaga Durată a Contractului de Asigurare, la data scadentă a Ratei Lunare de Credit, prin debitarea contului curent al Asiguratului deschis prin aplicația pusă la dispoziție de Salt Bank. În cazul în care Evenimentul Asigurat survine între Data Acordării Creditului și

prima dată scadentă a Ratei Lunare de credit și a Primei de Asigurare (care coincid ca termen), Prima de Asigurare datorată va fi plătită de către Salt Bank, iar NN Asigurări de Viață S.A. va plăti către Salt Bank Indemnizația de asigurare aferentă evenimentului asigurat. În acest caz, Asiguratul este obligat să restituie către Salt Bank Prima de asigurare.

În situația producerii evenimentelor asigurate: Incapacitate Temporară de Muncă, Șomaj, Spitalizare, Asiguratul este obligat să achite prima de asigurare potrivit Graficului de Rambursare pe întreaga perioadă a creditului, în vederea menținerii poliței active.

5. NOTIFICAREA UNUI EVENIMENT ASIGURAT ȘI DOCUMENTELE NECESARE PENTRU PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

5.1. Notificarea unui Eveniment Asigurat

Moștenitorii legali ai Asiguratului, în cazul survenirii riscului de Deces, sau Asiguratul în cazul survenirii oricăruia din celelalte Riscuri Asigurate, pot notifica survenirea unui Eveniment Asigurat prin oricare din următoarele mijloace:

- prin aplicația pusă la dispoziție de Salt Bank;
- la adresa de mail, **evenimenteasigurate@nn.ro**;
- prin alte metode puse la dispoziție de Asigurător, conform secțiunii Contact de pe site-ul www.nn.ro

5.2. Documente necesare pentru plata Indemnizației de Asigurare

În cazul producerii unui Eveniment Asigurat, Asiguratul are obligația să prezinte Asigurătorului următoarele documente:

- copia Contractului de Credit, incluzând graficul de rambursare în vigoare; • copia Certificatului de Asigurare și a Cererii de Aderare; • copia actului de identitate al Asiguratului.

Pe lângă documentele menționate anterior, în funcție de Evenimentul Asigurat, sunt necesare și copii ale următoarelor documente:

Deces

Fișa medicală a Asiguratului sau o adeverință semnată de către medicul de familie, din care să reiasă istoricul medical la momentul semnării Cererii de Aderare la Asigurarea de Grup;

- Certificatul de deces;
- Certificatul medical constatator al decesului emis de un medic sau o autoritate competentă;
- Documentul care atestă rezultatul final al anchetei Poliției, dacă este cazul;
- Certificatul de analiză toxicologică a Asiguratului în cazul în care aceasta a fost impusă prin lege.

Invaliditate Totală și Permanentă

- Decizie asupra capacității de muncă, cu încadrare în gradul I sau II de invaliditate ireversibilă emisă de către autoritatea legal competentă în materie și în conformitate cu prevederile legislative aplicabile în vigoare, incluzând legislația privind criteriile și normele de încadrare în gradele de invaliditate;
- Dacă invaliditatea Asiguratului a fost cauzată de un accident, documentele emise de către autoritățile competente care să ateste producerea accidentului;
- Certificatul de analiză toxicologică a Asiguratului în cazul în care aceasta a fost impusă prin lege;
- Copia fișei de consultații medicale întocmită de către medicul de familie; Un istoric medical care să cuprindă data apariției primelor semne, simptome și data diagnosticării afecțiunii care a dus în gradul I sau II de invaliditate din orice cauză.

Incapacitate Temporară de Muncă

- Copia fișei de consultații medicale întocmită de către medicul de familie;

- Certificatul de concediu medical care atestă Incapacitatea Temporară de Muncă, eliberat de un medic de specialitate sau de o unitate sanitară acreditată potrivit legislației în vigoare, în care să fie menționat diagnosticul și perioada;
- Dacă evenimentul Asiguratului a fost cauzat de un accident, documentele emise de către autoritățile competente care să ateste producerea accidentului;
- Certificatul de analiză toxicologică a Asiguratului în cazul în care aceasta a fost impusă prin lege
- Documentul medical emis de medicul primar sau de către medicul specialist prin care se atestă perioada de Incapacitate Temporară de Muncă (pentru pensionari și pentru persoane fizice autorizate);

În situația în care Asigurătorul nu primește lunar certificatul medical/ documentul medical emis de medicul primar sau de către medicul specialist prin care se atestă perioada de Incapacitate Temporară de Muncă, nu va efectua plata Indemnizației de Asigurare pentru Perioada de Asigurare în care nu s-a recepționat acest document. Reluarea plății indemnizației este condiționată de primirea tuturor copiilor certificatelor de concediu medical eliberate de medicul autorizat.

Pierdere Involuntară a Locului de Muncă

- Decizia de concediere sau adeverința eliberată de ultimul angajator, care atestă încetarea contractului de muncă;
- Decizia/Dispoziția AJOFM de acordare a indemnizației de șomaj;
- Carnetul de Șomer vizat și ștampilat lunar de Agenția pentru Ocuparea Forței de muncă/cuponul șomaj/adeverința eliberată de Agenția pentru Ocuparea Forței de muncă, care să ateste încasarea lunară a indemnizației de șomaj;
- Certificatul de concediu medical care atestă Incapacitatea temporară de muncă, eliberat de un medic de specialitate sau de o unitate sanitară acreditată potrivit legislației în vigoare, în care să fie menționat diagnosticul și perioada în cazul în care evenimentul de PILM este suspendat.

În situația în care Asigurătorul nu primește lunar adeverința de plată a indemnizației de șomaj sau carnetul de evidență al Șomerului, va suspenda plata Indemnizației de Asigurare pentru luna în care nu s-a recepționat acest document. Reluarea plății indemnizației este condiționată de primirea tuturor adeverințelor de plată a indemnizației de șomaj, eliberate de către AJOFM.

Spitalizare

- Biletul de ieșire din spital;
- Copia fișei de consultații medicale întocmită de către medicul de familie;
- Dacă evenimentul Asiguratului a fost cauzat de un accident, documentele emise de către autoritățile competente care să ateste producerea accidentului; Certificatul de analiză toxicologică a Asiguratului în cazul în care aceasta a fost impusă prin lege.

Indemnizația de Asigurare se plătește în termen de 30 de zile lucrătoare de la data prezentării ultimului document solicitat Asiguratului. Toate costurile asociate obținerii și transmiterii documentelor cerute de către Asigurător revin Asiguratului sau moștenitorilor legali/testamentari ai acestuia, după caz.

În caz de dubiu, obligația de a demonstra că respectivul Eveniment Asigurat a intervenit conform celor declarate revine Asiguratului/ moștenitorilor legali/testamentari.

Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita Asiguratului alte documente pe care acesta le consideră necesare, de a examina faptele pe cont propriu și de a solicita acestuia să fie supus unei verificări sau examinări medicale suplimentare considerate necesare pentru stabilirea obligației sale de a furniza indemnizația respectivă.

6. CE NU SE ACOPERĂ PRIN CONTRACTUL DE ASIGURARE

Asigurătorul nu va plăti Indemnizația de Asigurare pentru oricare din Riscurile Acoperite prin Contractul de Asigurare, dacă Evenimentul Asigurat a fost cauzat de:

- orice formă de război, invazie, ostilitate, război civil, rebeliune, revoltă, revoluție, mișcare socială, insurecție, dictatură militară sau uzurparea puterii, precum și participarea activă la acte de violență, participarea Asiguratului la organizarea și/sau comiterea de acte teroriste și sabotaje;
- explozii nucleare, radiații ionice, contaminarea radioactivă cu combustibil sau deșeuri nucleare; fuziune sau fisiune nucleară sau radioactivitate;
- manipularea armelor, a substanțelor explozive, inflamabile și/sau toxice, în lipsa unei calificări de specialitate corespunzătoare;
- în cazul în care, Decesul survine ca urmare a unui suicid sau tentativă de suicid în primii 2 ani, auto-mutilarea sau orice acțiune voluntară a Asiguratului;
- orice intervenție medicală realizată de o persoană nelicențiată/neautorizată;
- direct sau indirect de consum voluntar de alcool, alcoolism, hepatita etanolică, psihoză alcoolică (tulburare mentală cauzată de consumul de alcool), consumul voluntar de droguri, autointoxicarea sau consumul voluntar de medicamente, sedative, narcotice, tranchilizante fără prescripția unui medic autorizat sau aplicarea unor proceduri și tehnici de tratament fără indicația unui medic autorizat sau de o acțiune a Asiguratului sub influența celor menționate mai sus;
- orice accident de autovehicul produs în urma conducerii unui autovehicul fără permis de conducere valid sau având permis de conducere necorespunzător categoriei de autovehicul condus sau neraportat la organele de poliție;
- direct sau indirect de accidente/afecțiuni preexistente datei semnării Cererii de Aderare la Asigurarea de Grup. Aceste evenimente vor fi acoperite pentru Riscurile Asigurate de Spitalizare și Incapacitate Temporară de Muncă dacă s-au produs după o perioadă de 12 luni de la data semnării Cererii de Aderare la Asigurarea de Grup;
- participarea activă și voluntară la acte violente, infracțiuni, delikte, fapte penale;
- nesolicitarea și nerespectarea tratamentului și a indicațiilor medicale, confirmate de evidențele medicale, imediat după un accident/îmbolnăvire;
- nefurnizarea de către Asigurat/moștenitori către Asigurător a tuturor documentelor necesare soluționării dosarului de daună, în termen de maxim 30 de zile de la data producerii Evenimentului Asigurat sau de la data luării la cunoștință despre producerea Evenimentului Asigurat, dacă din acest motiv Asigurătorul nu va putea stabili cu certitudine circumstanțele apariției Evenimentului Asigurat;
- furnizarea de către Asigurat de declarații false sau informații incomplete. În măsura în care aceste declarații și informații sunt esențiale pentru buna derulare a Asigurării și caracterul fals sau incomplet al declarațiilor/informațiilor furnizate este descoperit de către Asigurător ulterior producerii Evenimentului Asigurat, Asigurătorul are dreptul de a refuza plata Indemnizației de Asigurare în cazul în care, dacă i-ar fi fost aduse la cunoștință împrejurările reale și complete privitoare la risc, nu ar fi permis includerea în Contractul de Asigurare a Asiguratului.

7. PREVEDERI FINALE

7.1. Revizuirea Termenilor și Condițiilor de Asigurare și/sau a Primei de asigurare

Asigurătorul are dreptul de a revizui/modifica Contractul de Asigurare, incluzând prezentul document Termeni și Condiții de Asigurare, precum și valoarea Ratei de Primă. În acest caz, Asigurătorul va notifica Asiguratul, în legătură cu modificările efectuate, prin intermediul unei adrese scrise, email sau SMS, cu 30 de zile calendaristice înainte ca acestea să își producă efectul. În cazul în care Asiguratul nu este de acord cu modificările aduse Contractului de Asigurare, acesta va notifica Asigurătorul în termen de 10 zile calendaristice de la intrarea în vigoare, iar Contractul de Asigurare va înceta conform prevederilor din documentul Termeni și Condiții de Asigurare.

În cazul în care Asiguratul nu notifică dezacordul privind modificările aduse Contractului de Asigurare în termen de 10 zile calendaristice de la intrarea lor în vigoare, se consideră că acesta a acceptat tacit

modificările, iar Contractul de Asigurare va continua cu noile condiții. În cazul în care Prima de Asigurare sau alte specificații ale Contractului de Asigurare urmează să fie modificate, Asigurătorul va comunica Asiguratului noile informații sub forma unui nou Certificat de Asigurare sau, după caz, unui nou document Termeni și Condiții de Asigurare.

7.2. Reclamații și litigii

a. Reclamații

Orice reclamație transmisă de către Asigurat/moștenitorii săi legali/reprezentanții acestuia, după caz, cu privire la serviciile oferite de Asigurător va fi soluționată pe cale amiabilă, prin formularea unei sesizări scrise la sediul Asigurătorului sau pe adresa de email **asigurari@nn.ro**. Această sesizare va fi analizată de către Asigurător în termen de maximum 30 de zile de la data primirii sale, urmând a se transmite un răspuns scris, punctual și argumentat către persoana care a formulat sesizarea.

Aceasta nu afectează niciun drept legal al Asiguratului/moștenitorilor săi legali/reprezentanților acestuia, după caz, de a întreprinde acțiuni împotriva Asigurătorului. În cazul imposibilității rezolvării amiabile a reclamației, persoana interesată se va putea adresa cu o plângere Autorității de Supraveghere Financiară – Sectorul Asigurări-Reasigurări (**www.asfromania.ro**) sau Entității de soluționare alternativă a litigiilor în domeniul financiar non bancar (SAL-FIN, **www.salfin.ro**). SAL-FIN este singura entitate de soluționare alternativă a litigiilor în domenii în care Autoritatea de Supraveghere Financiară (ASF) are competență, care organizează și administrează proceduri SAL prin care se propune sau impune, după caz, o soluție părților. Aceste demersuri nu îngrădesc însă dreptul de a sesiza instanțele judecătorești competente.

b. Litigii

Orice litigiu apărut în legătură cu serviciile de Contract de Asigurare oferite va fi rezolvat pe cale amiabilă. În cazul în care nu s-a reușit stingerea conflictului pe cale amiabilă, competența revine instanțelor de judecată române.

7.3. Autorizarea Asigurătorului

Prin acceptarea termenilor și condițiilor Contractului de Asigurare, Asiguratul își dă consimțământul pentru:

- prelucrarea de către NN Asigurări de Viață S.A. a datelor cu caracter personal privind sănătatea (date privind starea de sănătate fizică și psihică sau afecțiunile medicale declarate în formularele de notificare a unui Eveniment Asigurat sau date medicale colectate de la furnizorii de servicii medicale ori în procesul de despăgubire în cazul unui Eveniment Asigurat), acestea constituind informații esențiale pentru evaluarea Riscului Asigurat și a desfășurării Contractului de Asigurare. Datele sunt prelucrate având un temei legal și contractual și sunt necesare pentru evaluarea Riscului Asigurat, calculul Primelor de Asigurare din Contractul de Asigurare, determinarea cuantumului Indemnizației de Asigurare și pot fi comunicate către operatori, terți sau împuterniciți, așa cum sunt menționați pe **www.nn.ro**, în secțiunea Prelucrarea datelor;
- Asiguratului îi este recunoscut dreptul de a-și retrage consimțământul oricând, însă exercitarea acestui drept înseamnă că NN Asigurări de Viață S.A. nu va mai putea prelucra datele cu caracter personal privind sănătatea în scopurile menționate, ducând la rezilierea Contractului de Asigurare;
- stabilirea și analizarea faptelor importante referitoare la pierderea locului de muncă și la intrarea în Șomaj;
- stabilirea și examinarea circumstanțelor producerii Evenimentului Asigurat.

În caz de Deces, prin acceptarea Termenilor și Condițiilor Contractului de Asigurare, Asiguratul va elibera de obligația de confidențialitate pe toți medicii care i-au examinat sănătatea și autoritățile abilitate cu privire la acele informații confidențiale care sunt de natură a stabili cauza Decesului, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare.

Toate informațiile obținute de Asigurător pentru stabilirea stării de sănătate, respectiv circumstanțele producerii Evenimentului pot fi utilizate doar pentru încheierea și gestionarea Contractului de Asigurare, pentru alte scopuri fiind necesar consimțământul explicit al Asiguratului.

7.4. Informații incorecte și declarații false

Asigurătorul poate refuza acordarea Indemnizației de Asigurare conform condițiilor Contractului de Asigurare dacă:

- va afla ulterior că Asiguratul a prezentat informații false, înșelătoare, incomplete sau incorecte pe care Asigurătorul le-a considerat importante pentru acceptarea în Contractul de Asigurare, astfel încât, nu ar fi preluat în asigurare persoana respectivă în cazul în care ar fi cunoscut realitatea și exactitatea informațiilor prezentate;
- Asiguratul/reprezentanții legali ai acesteia, după caz, oferă în mod intenționat informații neadevărate, incomplete, incorecte/distorsionate sau ascund(e) informații importante cu privire la circumstanțele producerii Evenimentului Asigurat.

8. COMUNICĂRI ȘI NOTIFICĂRI

Notificările Asigurătorului adresate Asiguratului (denumit în continuare „Destinatarul”) pot fi transmise printr-un serviciu poștal la ultima adresă cunoscută, prin e-mail, SMS sau prin aplicația Salt Bank . Destinatarii au obligația de a informa imediat Asigurătorul în cazul apariției oricărei schimbări în datele lor de contact.

Notificarea trimisă Destinatarului prin scrisoare va fi considerată primită în a zecea zi de la trimiterea notificării. Notificarea Asigurătorului trimisă Destinatarului prin scrisoare cu confirmare de primire va fi considerată primită la data specificată în confirmarea de primire. Orice notificare predată, conform regulamentului serviciilor poștale, unui adresant, altul decât Destinatarul (de exemplu, un membru al familiei care locuiește împreună cu Asiguratul), va fi considerată a fi primită de către Destinatar.

Toate informațiile, anunțurile sau cererile către Asigurător pot fi redactate în scris, în limba română, și transmise la sediul Asigurătorului din Str. Costache Negri nr. 1-5, 050552, București, Sector 5, România ori transmise telefonic, la numărul de telefon 021.9464, ori prin e-mail, la adresa **asigurari@nn.ro** sau prin aplicația Salt Bank, din contul Asiguratului. Informațiile privind toate modalitățile de contact se regăsesc pe site-ul **www.nn.ro** – secțiunea Contact.

9. DISPOZIȚII GENERALE

a. Legislația aplicabilă

Contractul de Asigurare va fi supus prevederilor legii române, în special celor din Noul Cod Civil (art. 2.199 – 2.241), Legea nr. 237/2015 privind autorizarea și supravegherea activității de asigurare și reasigurare și Legea nr. 236/2018 privind distribuția de asigurări și Norma ASF nr. 22/2021 privind distribuția de asigurări.

b. Desemnarea Beneficiarului:

Asiguratul înțelege și este de acord să ceseze indemnizația de asigurare în favoarea Salt Bank, desemnându-l pe acesta ca Beneficiar al Contractului de Asigurare. Sunt de acord că prin aderarea la Asigurarea de Grup, în schimbul plății primelor de asigurare beneficiaz de un Contract de Asigurare atașat Contractului de Credit Salt Bank, conform prevederilor Termenilor și Condițiilor de Asigurare. Declar și garantez că am cunoștință că aderarea la Asigurarea de Grup este opțională. Dovada aderării la Asigurarea de Grup o constituie emiterea Certificatului de Asigurare ca urmare a parcurgerii procesului de vânzare online, care își produce efectele în conformitate cu Termenii și Condițiile de Asigurare. Certificatul de Asigurare este valid sub condiția suspensivă a aprobării Creditului.

c. Fondul de Garantare

Asigurătorul plătește contribuția la Fondul de Garantare. În vederea protejării Asiguraților și Beneficiarilor Asigurării prin contribuția Asigurătorilor (inclusiv a NN Asigurări de Viață S.A.), s-a constituit Fondul de

garantare conform Legii nr. 213/2015, ca persoană juridică de drept public. Organizarea și funcționarea Fondului se stabilesc prin statut propriu aprobat de către Consiliul Autorității de Supraveghere Financiară, la propunerea Consiliului de administrație al Fondului. Fondul, ca schemă de garantare în domeniul asigurărilor, are ca scop protejarea creditorilor de asigurări de consecințele insolvenței unui Asigurător. Fondul garantează plata de indemnizații/despăgubiri rezultate din contractele de asigurare facultative și obligatorii, încheiate, în condițiile legii, în cazul falimentului unui Asigurător, cu respectarea plafonului de garantare prevăzut în lege și în limita resurselor financiare disponibile la momentul plății. În cazul în care disponibilitățile Fondului nu sunt suficiente pentru acoperirea cuantumului sumelor cuvenite creditorilor de asigurări, creanțele acestora vor putea fi onorate pe măsura alimentării Fondului cu resursele financiare prevăzute de prezenta lege.

d. Informații privind deducerile prevăzute de legislația fiscală

În înțelesul prevederilor art. 42 lit. b din Codul Fiscal sumele încasate de persoane fizice din asigurări de orice fel reprezentând despăgubiri, sume asigurate, precum și alte drepturi sunt venituri neimpozabile, iar potrivit prevederilor art. 48 alin. 7 lit. D din Codul Fiscal Primele de Asigurare suportate de persoana fizică nu sunt deductibile la stabilirea impozitului pe venit. Deductibilitatea Contractelor de Asigurare trebuie analizată în conformitate cu prevederile Codului Fiscal în vigoare, cu toate modificările și completările ulterioare, coroborate cu prevederile Normei metodologice de aplicare a Legii nr. 571/2003 privind Codul Fiscal, cu toate modificările și completările ulterioare.

e. Informații adiționale

Asiguratul are dreptul de a solicita și alte informații cu privire la Contractul de Asigurare. Orice cerere de informații suplimentare poate fi adresată către Asigurător la datele de contact menționate mai sus.

f. Dreptul de răscumpărare și participare la profit

Prezentul Contract de Asigurare nu este o asigurare cu posibilitatea de răscumpărare, astfel încât valoarea de răscumpărare este 0 (zero) în orice moment.

g. Protecția datelor cu caracter personal

Având în vedere prevederile Regulamentului general privind protecția datelor 679/2016, prin aderarea la Asigurarea de Grup, Asiguratul ia act că datele sale personale (inclusiv cele având funcție de identificare și cele de sănătate) sunt prelucrate de către Asigurător, în scopul încheierii și executării asigurării în baza Asigurării de Grup.

Totodată, potrivit Regulamentului, Asiguratului îi sunt recunoscute dreptul de acces, dreptul de rectificare, dreptul de ștergere sau dreptul la portabilitatea datelor, dreptul la restricționarea prelucrării, dreptul la opoziție cu excepțiile prevăzute de prevederile legale și dreptul de a nu face obiectul unei decizii bazate exclusiv pe prelucrarea automată, drepturi ce pot fi exercitate printr-o cerere scrisă transmisă la sediul Asigurătorului sau pe adresa de email **dpo@nn.ro**. De asemenea, Asiguratul are dreptul de a depune plângere la Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal.

Asiguratul a luat cunoștință că temeiul prelucrării este constituit din contractul de asigurare de grup și prevederile legale aplicabile.

Astfel, pentru a facilita desfășurarea activităților aflate în legătură cu Contractul de Asigurare de Grup și în vederea îndeplinirii obligațiilor legale, Asigurătorul comunică aceste date către autorități publice, operatori, terți sau împuterniciții săi sau altor categorii de destinatari, așa cum sunt menționați pe **www.nn.ro**, în secțiunea Prelucrarea datelor.

În cazul aplicației Salt Bank vă informăm că se folosește un proces decizional automatizat pe baza criteriilor de eligibilitate menționate anterior. Criteriile de eligibilitate menționate anterior la art. 2 „Condiții de eligibilitate pentru intrarea în asigurare” vor fi verificate prin intermediul unui proces decizional automat pentru a ne asigura că solicitantul asigurării îndeplinește aceste condiții. În cazul în

care solicitantul/Clientul Salt Bank nu îndeplinește aceste criterii de eligibilitate, certificatul de asigurare nu se va emite. Prin raportare la această decizie automată solicitantul/ Clientul Salt Bank are următoarele drepturi: dreptul de a contesta această decizie, de a-și exprima punctul de vedere legat de această decizie și de a solicita intervenție umană în procesul decizional, în scop de analiză suplimentară.

Furnizarea acestor date nu este obligatorie, însă în lipsa prelucrării acestor informații în aplicația Salt Bank, Contractul de asigurare nu poate fi emis prin intermediul aplicației Salt Bank.

În baza interesului legitim, în cazul în care ați încheiat contracte/acte de aderare și cu altă entitate din Grupul NN, NN Asigurări de Viață S.A. va comunica modificarea datelor de identificare (nume și prenume, număr și serie CI, dată eliberare și expirare CI, adresă legală) și a datelor de contact (număr de telefon, adresă de email și/sau adresă de corespondență) către respectiva entitate, în vederea actualizării și prelucrării în scop contractual a unor date exacte. Pentru a determina perioada pentru care vor fi prelucrate datele, sunt luate în calcul durata contractuală până la expirarea obligațiilor contractuale și termenele de arhivare. Asiguratul ia la cunoștință că Asigurătorul sau un alt operator desemnat de către acesta poate să îl contacteze direct, prin poștă, poștă electronică, SMS sau alte mijloace de comunicare la distanță, în scopurile sus menționate. Asiguratul a luat la cunoștință că, pentru a îmbunătăți calitatea serviciilor Asigurătorului, convorbirile telefonice pot fi înregistrate de Asigurător.

Pentru informații suplimentare privind activitățile de prelucrare a datelor cu caracter personal realizate de către Asigurător puteți consulta Politica de Confidențialitate disponibilă aici - <https://www.nn.ro/prelucrare-date>.

În ceea ce privește prelucrările de date realizate de către Salt Bank, în calitate de operator asociat de date, regăsiți detalii pe site-ul oficial al Salt Bank, în secțiunea Privacy Hub - <https://salt.bank/privacyhub>.

Kuldeep Kaushik Cătălin Vasile

Director General



Director Executiv

Vânzări



NN Asigurări de Viață S.A.
C.U.I. 9100488

Declar că îndeplinesc condițiile de eligibilitate menționate, confirm primirea informațiilor esențiale privind asigurarea și accept termenii și condițiile contractului, precum și politica de confidențialitate NN (<https://www.nn.ro/prelucrare-date/asigurari-de-viata>).