

Anexa nr. 2 la Norme Metodologice

TARIF DE PRIME
privind Asigurarea medicală pentru persoane care lucrează și/sau studiază în
străinătate

Grupa de risc	Felul activității/ocupației/meseriei *	Tarif de primă
1.	Activități cu grad redus de risc, în care efortul fizic/munca manuală reprezintă doar o componentă ocazională, nesemnificativă: activitate de birou, învățământ, elevi, studenți, administrație, cultură, artă, cercetare științifică și alte asemenea.	40 USD
2.	Activități cu grad mediu de risc, în care munca manuală are o pondere semnificativă dar efortul fizic nu depășește limite normale: <ul style="list-style-type: none"> - construcții civile și militare, construcții montaj - conducători auto, mecanizatori, macaragii, mecanici și/sau tehnicieni auto, de întreținere, reparații, depanare - agenți comerciali distribuitori, lucrători în agricultură și zootehnie - lucrători în abatoare, îngrijitori în menajerii și grădini zoologice - secții direct productive din orice ramură industrială, cu excepția metalurgiei 	50 USD
3.	Activități productive sau de altă natură cu grad mare de risc, care presupun eforturi fizice deosebite și/sau lucru în condiții speciale (de mediu, expunere la pericole deosebite etc.): <ul style="list-style-type: none"> - lucrători silvici și la gaterie (inclusiv transport lemn), lucrători în port (hamali) - activități/secții productive din industria extractivă sau metalurgică - geologie (în subteran), personal exploatare metrou (în subteran) - instalare și/sau întreținere de rețele electrice exterioare sau de telecomunicații, instalații de transport pe cablu - scafandri și personal de navigație submarină - sportivi profesioniști 	60 USD

(*) Pentru activități/ocupații/meserii care nu se regăsesc în tabel, încadrarea în una din grupele de risc se va face numai cu acordul Departamentului Accidente Persoane din cadrul Administrației Centrale.

Anexa nr. 1 la Norme Metodologice

**CONDIȚII PRIVIND ASIGURAREA MEDICALĂ PENTRU PERSOANE CARE
LUCREAZĂ ȘI/SAU STUDIAZĂ ÎN STRĂINĂTATE**

DISPOZIȚII GENERALE

1. În baza prezentelor Condiții, ALLIANZ - ȚIRIAC ASIGURĂRI S.A., în calitate de Asigurător, asigură persoana nominalizată în poliță, pentru riscurile prevăzute la pct. 4 de mai jos.
2. Încheierea poliței se face pe baza datelor consemnate de Asigurat în Cererea-chestionar care, împreună cu alte declarații și documente scrise anexate, face parte integrantă din poliță.

DEFINIȚII

3. În înțelesul prezentelor condiții de asigurare, termenii și expresiile de mai jos au următoarele semnificații:

Asigurător: ALLIANZ ȚIRIAC ASIGURĂRI S.A., înregistrată în Registrul asigurătorilor, reasigurătorilor și intermediarilor în asigurări cu nr. RA-017.

Asigurat: persoana fizică, nominalizată în polița de asigurare, a cărei viață și stare de sănătate sunt asigurate prin această poliță.

Beneficiar: Persoana desemnată de Asigurat în polița de asigurare să încaseze indemnizația de asigurare în caz de deces al Asiguratului.

Poliță de asigurare: documentul semnat de Asigurător și Asigurat care dovedește încheierea contractului de asigurare și care cuprinde datele de identificare ale acestora, obiectul asigurării, sumele asigurate, primele de asigurare, condițiile de asigurare precum și alte elemente.

Risc asigurat: accidentul sau boala survenite în perioada de valabilitate a poliței, pentru care Asigurătorul preia costul serviciilor medicale sau acordă indemnizații de asigurare în conformitate cu prezentele condiții de asigurare.

Accident: vătămare corporală a Asiguratului cauzată direct și independent de orice boală fizică sau psihică, ca rezultat al unui eveniment neașteptat, extern și independent de voința Asiguratului. Sunt acoperite numai accidentele produse pe perioada de valabilitate a poliței de asigurare.

Invaliditate permanentă: prejudicierea corporală permanentă ca urmare a unui accident, caracterizată prin modificări morfo-funcționale, reducerea potențialului fizic, psiho-senzorial sau intelectual – ivite în decurs de un an de la data accidentului și nesusceptibile de ameliorări.

Urgență medicală: deteriorarea stării de sănătate a Asiguratului, survenită brusc și neașteptat, care nu are legătură cu puseul acut al unei boli cronice sau cu o afecțiune pre-existentă și care necesită îngrijiri medicale imediate.

Urgență medicală vitală: pierderea stării de sănătate împotriva voinței Asiguratului care impune necesitatea obiectivă de a primi îngrijiri medicale imediate, fără întârziere, în scopul menținerii vieții, a funcțiilor vitale sau pentru a evita pierderea unui organ sau a funcțiilor acestuia.

Țară de origine: țara în care Asiguratul are domiciliul și/sau reședința permanentă sau al cărui cetățean este și în care va fi repatriat în caz de urgență.

Act de terorism: ansamblul de acțiuni și/sau amenințări care prezintă pericol public și afectează securitatea națională, astfel cum sunt calificate de legislația în vigoare.

RISCURI ASIGURATE

4. Asigurătorul, în baza prezentelor condiții, acoperă:
- a) **Secțiunea 1** - decesul și invaliditatea permanentă a Asiguratului ca urmare a unui accident;
 - b) **Secțiunea 2** - cheltuielile medicale de urgență și/sau de repatriere în țara de origine, ca urmare a unei urgențe medicale sau a unui accident suferit de Asigurat;

ÎNCHEIEREA ASIGURĂRII

5. Asigurarea se încheie pentru persoane cu vârsta cuprinsă între 18 și 45 de ani, care la intrarea în asigurare nu au un grad de invaliditate permanentă.
6. Asigurarea se consideră încheiată prin încasarea de către Asigurător a primelor de asigurare și emiterea poliței de asigurare și este valabilă exclusiv pentru persoana menționată în poliță. Asigurarea se încheie pentru o perioadă de maxim un an.
7. La încheierea poliței, Asiguratul va desemna Beneficiarul asigurării în caz de deces. În cazul în care nu s-a făcut această desemnare, suma asigurată se plătește moștenitorilor legali ai Asiguratului.

ÎNCEPUTUL ȘI ÎNCETAREA RĂSPUNDERII

8. Răspunderea Asigurătorului începe la data menționată în poliță ca fiind data începerii perioadei de valabilitate a asigurării, dar nu înainte de trecerea frontierei țării de origine, pentru efectuarea călătoriei în străinătate și încetează la data expirării perioadei de valabilitate înscrisă pe polița de asigurare sau din momentul în care Asiguratul trece granița în țara de origine.
9. Totuși, dacă un accident sau o urgență medicală, care au survenit în perioada de valabilitate a poliței, necesită tratament curativ și după expirarea perioadei de valabilitate a poliței, obligația Asigurătorului de a plăti indemnizații în baza poliței de asigurare se poate extinde cu cel mult 30 zile de la data expirării poliței de asigurare.

ACOPERIRE TERITORIALĂ

10. Acoperirea prin asigurare este valabilă în țara/țările menționate în poliță. Asigurarea nu este valabilă în țara de origine sau țara/țările al căror cetățean este persoana asigurată.

PRIMA DE ASIGURARE

11. Primele de asigurare se achită în USD sau în LEI la cursul BNR din ziua plății, anticipat și integral pentru întreaga perioadă asigurată menționată în poliță.

EXCLUDERI GENERALE

12. Nu sunt cuprinse în asigurare:

- a) orice boală sau accident cauzate direct sau indirect de revolte, rebeliuni, revoluții, războaie (declarat sau nu); invazie externă, război civil, lupte, acte de terorism; precum și pentru orice costuri legate direct sau indirect de acțiuni întreprinse cu scopul de a controla, a preveni sau a suprima orice eveniment menționat anterior;
- b) boli sau accidente cauzate direct sau indirect de forme de energie nucleară;
- c) boli sau accidente cauzate de poluare sau contaminare din orice cauză;
- d) orice vătămare cauzată prin auto-rănire, tentativa de sinucidere sau sinucidere;
- e) boli sau accidente pe care persoana asigurată le-a provocat intenționat sau prin comiterea cu intenție a unei infracțiuni sau ca rezultat al stării de ebrietate sau al consumului de alcool, droguri, produse farmaceutice;
- f) boli sau accidente rezultate în urma desfășurării unor activități ce nu corespund cu scopul declarat al călătoriei;
- g) boli sau accidente rezultate ca urmare a practicării de către Asigurat a unor sporturi cu grad sporit de risc (sporturi de iarnă, inclusiv competiții, sporturi/pescuit subacvatic cu costum de scafandru și aparat autonom de respirat, ascensiuni/cățărări cu cablu sau coardă, planorism, parașutism, vânătoare călare, curse sau antrenamente auto, moto sau cu antrenament mecanic de orice fel, orice altă activitate cu grad sporit de risc);
- h) boli sau accidente rezultate ca urmare a practicării de către Asigurat a sporturilor aviatice, zborurilor de agrement sau călătoriei/excursii cu aparate de zbor, cu excepția celor efectuate de către companiile autorizate de transport pentru curse comerciale regulate (inclusiv cure charter).

OBLIGAȚIILE ASIGURATULUI

13. Asiguratul este obligat să ia toate măsurile pentru a preveni producerea unui risc asigurat, iar în cazul survenirii riscului să depună toate eforturile pentru limitarea sau stoparea consecințelor acestuia.

14. În caz de producere a unui risc asigurat, Asiguratul este obligat să respecte întocmi procedura descrisă în polița de asigurare.

15. Asiguratul este obligat ca, la cererea Asigurătorului, să împuternicească medicii curanți să furnizeze toate datele medicale privind boala și tratamentul aplicat, dezlegându-i de secret profesional.

16. Asiguratul trebuie să furnizeze Asigurătorului în Cererea-chestionar, informații exacte și complete cu privire la starea sa de sănătate la începerea călătoriei, precum și toate informațiile solicitate de Asigurător, necesare stabilirii realității producerii riscului asigurat și cuantumului indemnizației de asigurare. De asemenea, la cererea expresă a Asigurătorului, trebuie prezentate dovezi cu privire la data exactă la care a început călătoria în străinătate și durata acesteia.

17. În caz de neîndeplinire a prevederilor de la pct. 13-16, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației de asigurare dacă din această cauză nu a putut determina realitatea producerii riscului asigurat și întinderea prejudiciului sau nu s-a putut stabili gradul de invaliditate permanentă din accident.

SECȚIUNEA 1 – ASIGURAREA DE ACCIDENTE

RISCURI ASIGURATE

18. În baza prezentei secțiuni sunt asigurate riscurile de deces și invaliditate permanentă, ca urmare a unui accident suferit de Asigurat, pe perioada de valabilitate a poliței de asigurare.

SUMA ASIGURATĂ

19. În caz de deces sau invaliditate permanentă, Asigurătorul va plăti următoarele indemnizații:

- | | |
|---|-------------|
| a) pentru deces din accident | 10 000 USD; |
| b) invaliditate permanentă din accident | 10 000 USD. |

EXCLUDERI SPECIFICE

20. Pe lângă excluderile generale prevăzute la pct. 12 de mai sus, Asigurătorul nu va acorda indemnizații nici pentru:

- a) urmările bolilor, inclusiv profesionale sau infecțioase, ale afecțiunilor psihice sau ale bolilor transmisibile prin atacul animalelor, cu excepția turbării;
- b) urmările normale ale luminii, temperaturii sau stării timpului.

STABILIREA ȘI PLATA INDEMNIZAȚIILOR

21. În cazul în care Asiguratul suferă un accident, Asigurătorul va plăti Asiguratului sau, după caz, beneficiarului, o indemnizație după cum urmează:

- a) în caz de deces – suma asigurată pentru deces;
- b) în caz de invaliditate permanentă se va plăti o indemnizație de asigurare pentru invaliditate permanentă calculată conform pct. 24 din prezentele condiții de asigurare.

22. În caz de deces, plata indemnizației de asigurare se va face către Beneficiarul desemnat în poliță, sau în lipsa unei asemenea desemnări, către moștenitorii legali ai Asiguratului, care vor prezenta la sediul Asigurătorului, următoarele documente: actul de identitate, certificatul de deces, certificatul medical constatator al decesului, certificatul de moștenitor/certificat de calitate de moștenitor, precum și orice alt document pe care Asigurătorul îl consideră necesar pentru stabilirea împrejurărilor producerii riscului asigurat.

23. În caz de invaliditate permanentă, plata indemnizației de asigurare se va face către Asigurat, care va prezenta la sediul Asigurătorului următoarele documente: actul de identitate,

actul medical care atestă gradul de invaliditate permanentă posttraumatică, procesul verbal de constatare a accidentului suferit, eliberat de organul autorizat de investigare sau cercetare, în caz de accident de muncă sau rutier, precum și orice alt document pe care Asigurătorul îl consideră necesar pentru stabilirea împrejurărilor producerii riscului asigurat.

24. În cazul în care accidentul are ca urmare o invaliditate permanentă, stabilită în termen de 1 an de la data producerii acestuia, Asigurătorul va plăti o indemnizație calculată asupra sumei asigurate pentru invaliditate permanentă, după cum urmează:

Vătămare corporală suferită	Indemnizația maximă plătită (în % din suma asigurată pentru invaliditate permanentă)
Pierderea ambelor mâini	100
Pierderea ambelor picioare	100
Pierderea totală și irecuperabilă a vederii la ambii ochi	100
Pierderea unei mâini și a unui picior	100
Pierderea totală și irecuperabilă a vederii la un ochi	50
Pierderea unui deget de la mână	10
Pierderea unui deget de la picior	5

25. Dacă înainte de accident Asiguratul avea deja o invaliditate permanentă din orice cauză, din gradul total de invaliditate permanentă rezultat (dar care nu poate fi mai mare de 100%) se scade cel existent anterior, diferența reprezentând gradul de invaliditate permanentă din accident care se ia în considerație la stabilirea indemnizației.

26. Asiguratul este obligat să avizeze Asigurătorul în termen de 15 zile calendaristice despre producerea accidentului și să furnizeze acestuia toate datele și documentele necesare stabilirii indemnizațiilor datorate în baza poliței de asigurare.

27. Plata indemnizațiilor se va face în valuta poliței sau în echivalent LEI, la cursul BNR din ziua efectuării plății indemnizației.

SECȚIUNEA 2 – ASIGURAREA MEDICALĂ

RISURI ASIGURATE

28. În baza acestei secțiuni sunt despăgubite cheltuielile medicale efectuate ca urmare a unei urgențe medicale sau a unui accident suferit de Asigurat pe perioada în care acesta se afla în străinătate.

În acest sens se consideră cheltuieli medicale, cheltuielile efectuate pentru:

- a) tratamentul ambulatoriu al Asiguratului;
- b) medicamente și materiale sanitare prescrise de medic, cu excepția protezelor;
- c) proceduri de diagnosticare stabilite de medic;

d) spitalizare, în măsura în care aceasta:

- are loc într-o instituție recunoscută în țara respectivă drept spital;
- se face sub supravegherea directă a unui medic, având la dispoziția sa facilități suficiente de diagnosticare și terapie;
- se desfășoară numai conform metodelor recunoscute din punct de vedere științific și testate clinic în acea țară;

În acest scop trebuie folosit spitalul din localitatea în care se află Asiguratul sau spitalul din localitatea cea mai apropiată, unde există posibilitatea aplicării tratamentului adecvat. Asigurătorul își rezervă dreptul de a acoperi costurile tratamentului în condiții de spitalizare numai până când starea medicală a Asiguratului permite repatrierea pentru continuarea tratamentului adecvat în țara de origine;

e) intervenții chirurgicale de urgență;

f) cheltuieli pentru transportul efectuat de serviciile de ambulanță, până la și de la cel mai apropiat spital sau la cel mai apropiat medic;

g) cheltuieli pentru transferul la o clinică de specialitate, dacă acest lucru este solicitat de medicul curant;

h) tratament stomatologic de urgență, dar numai pentru alinarea durerilor acute, pentru maximum doi dinți și în limita a 150 USD pentru un dinte tratat;

i) tratament psihiatric efectuat în regim ambulatoriu în limita a 500 USD.

29. În măsura în care, urmare a unui accident sau a unei urgențe medicale, situația o impune, Asigurătorul despăgubește cheltuielile de repatriere în țara de origine a Asiguratului sau a corpului neînsuflețit ori pe cele de înmormântare la locul decesului în străinătate, în următoarele condiții:

a) repatriere în țara de origine numai în condiții speciale de transport; vor fi recunoscute de către Asigurător drept condiții speciale de transport doar cele stabilite de medicul/medicii specialiști care au tratat pacientul;

b) în caz de deces sunt acoperite cheltuielile strict legate de înmormântare/incinerare, respectiv pentru tratamente medicale postmortem, îmbalsamare, sicriu, transport la locul înmormântării în străinătate sau de repatriere a corpului neînsuflețit în țara de origine, exclusiv funeralii și înhumare.

30. În caz de urgență medicală vitală, Asigurătorul va despăgubi cheltuielile ocazionate de transportul și cazarea unui însoțitor în limita a 1 500 USD.

SUMA ASIGURATĂ

31. În cadrul acestei secțiuni, răspunderea maximă cumulată a Asigurătorului este de 100 000 USD.

32. Limita maximă de indemnizare în cazul cheltuielilor de repatriere este de 10 000 USD care va fi dedusă din limita maximă de acoperire de 100 000 USD.

EXCLUDERI SPECIFICE

33. Pe lângă excluderile generale prevăzute la pct. 12 de mai sus, Asigurătorul nu va acorda indemnizații nici pentru:

a) boli cronice sau afecțiuni pre-existente începerii valabilității poliței (inclusiv acutizarea sau recidiva acestora), precum și consecințele acestora; excluderea este valabilă și pentru alte proceduri

- medicale sau accidente produse sau întâmplare înainte începerii perioadei asigurate, precum și pentru consecințe ale acestora;
- b) orice costuri în legătură cu tratamentul cancerului, al bolilor cu transmitere sexuală, infectarea cu HIV, SIDA și consecințele acestora;
 - c) îndepărtarea defectelor sau anomaliilor/malformațiilor fizice (chirurgie plastică);
 - d) orice costuri legate de cure de odihnă sau de recuperare în sanatorii, centre de sănătate sau odihnă, case de convalescență sau în alte instituții similare;
 - e) orice costuri legate de dereglări mentale, psihiatrice sau psiho-somatice și efectuate în spital;
 - f) cheltuieli în legătură cu nașterea copilului, tratamente sau controale medicale specifice stării de graviditate. Totuși, potrivit prevederilor prezentelor condiții, în cazul unor complicații acute apărute în primele 30 de săptămâni de sarcină, Asigurătorul va despăgubi cheltuielile care privesc strict procedurile medicale de salvare a vieții mamei și/sau copilului;
 - g) proceduri medicale de investigare sau de tratament cu caracter experimental, specifice cercetării medicale, precum și consecințele acestora;
 - h) tratamente de medicină alternativă, proceduri terapeutice nerecunoscute din punct de vedere medical și neautorizate de instituții medicale competente și consecințele acestora;
 - i) reabilitare și fizioterapie sau cheltuieli efectuate pentru procurarea, înlocuirea sau refacerea protezelor de orice fel, a ochelarilor de vedere, inclusiv a lentilelor de contact;
 - j) tratamente stomatologice definitive, tratamente de canal, ortodonție, paradontologie, detartrare, dinti artificiali, coroane/punți dentare;
 - k) examinări de rutină, controale sau verificări medicale generale (tip fișă medicală), inclusiv vaccinări de rutină impuse sau solicitate de autorități medicale locale;
 - l) servicii medicale care nu sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului sau pentru efectuarea tratamentului, precum și intervenții chirurgicale sau tratamente medicale care pot fi amânate până la revenirea în țară a Asiguratului;
 - m) medicamente sau tratamente necesare a fi administrate sau acordate pe parcursul deplasării în străinătate, dar care erau cunoscute sau prescrise înainte de începerea călătoriei;
 - n) cheltuieli de repatriere pentru care nu există acordul prealabil al Asigurătorului, precum și cheltuielile medicale după data la care, deși posibilă, repatrierea medicală nu s-a efectuat ca urmare a unei decizii a Asiguratului.

PROCEDURĂ DE URMAT ÎN CAZ DE ACCIDENT SAU ÎMBOLNĂVIRE

34. În caz de accident sau îmbolnăvire subită Asiguratul are obligația de a telefona imediat la centrul non-stop de alarmă al CORIS la numerele de telefon menționate în poliță și să furnizeze informații cu privire la evenimentul produs și la datele din polița sa de asigurare. Asigurătorul va despăgubi cheltuielile telefonice în măsura în care se dovedește efectuarea lor.

STABILIREA ȘI PLATA INDEMNIZAȚIILOR

35. Plata cheltuielilor medicale se face direct de către CORIS, în numele Asigurătorului, cu excepția cazurilor în care Asigurătorul prevede o altă procedură.

36. În cazul în care nu se urmează procedura prevăzută la pct. 34, este necesar să se comunice Asigurătorului motivul nerespectării ei. În acest caz, Asigurătorul își rezervă dreptul de a despăgubi numai cheltuielile pe care le consideră strict legate de tratamentul de urgență sau de

a refuza plata despăgubirii, dacă din acest motiv nu se poate stabili și asuma vreo responsabilitate în baza prevederilor prezentelor condiții.

37. Suma suportată de Asigurat pentru fiecare consultație/tratament medical se ridică la 50 USD per consult medical și/sau 50 USD pe zi de spitalizare

38. În cazul în care Asiguratul plătește contravaloarea cheltuielilor medicale din surse proprii, despăgubirea Asiguratului se face la sediul Asigurătorului, pe baza documentelor prezentate în original, documente care devin proprietatea Asigurătorului. Asigurătorul poate pretinde ca documentele emise într-o limbă străină să fie însoțite de o traducere legalizată în limba română, costurile acestora fiind suportate de către persoana asigurată. În cazul în care Asigurătorul a suportat costul traducerii, acesta va fi scăzut din despăgubirea cuvenită.

39. Documentele necesare pentru soluționarea cererii de despăgubire sunt:

- declarația Asiguratului cu privire la descrierea evenimentului și la cuantumul cheltuielilor efectuate, precum și precizarea băncii și contului unde să fie virăți banii;
- polița de asigurare;
- documente medicale care să ateste diagnosticul și tratamentul urmat;
- facturi emise pe numele Asiguratului și chitanțe privind cheltuielile medicale sau de repatriere efectuate, inclusiv cele pentru produse farmaceutice (în original);
- documente din care să reiasă cheltuielile efectuate de persoana însoțitoare cu cazarea și transportul;
- orice alte documente relevante pentru soluționarea cererii.

În cazul tratamentului dentar, facturile trebuie să conțină informații privind dinții tratați și tratamentul aplicat.

40. În cazul pretențiilor de rambursare a cheltuielilor de repatriere a corpului neînsuflețit al Asiguratului, trebuie prezentat certificatul de deces al acestuia și documentele care să ateste cauza, locul decesului și dovada efectuării cheltuielilor pentru care s-a emis pretenția de rambursare (facturi și chitanțe emise și plătite de persoana care solicită rambursarea cheltuielilor).

41. Rambursarea cheltuielilor medicale efectuate de Asigurat se va face în EUR sau USD pentru facturile emise în aceste valute iar pentru facturi emise în alte valute rambursarea se va face în echivalent USD sau LEI, la cursul BNR din data plății.

DISPOZIȚII FINALE

42. Pretențiile de despăgubire trebuie prezentate Asigurătorului cel mai târziu la o lună de la terminarea tratamentului sau de la revenirea în țara de origine.

43. Polița de asigurare poate fi reziliată de Asigurat numai dacă cererea de reziliere se face cel mai târziu până la ora 00.00 a zilei menționate în poliță ca dată de începere a poliței de asigurare. În acest caz Asigurătorul restituie prima de asigurare mai puțin cheltuielile suportate în legătură cu emiterea poliței, respectiv 2 USD. După intrarea în vigoare a poliței, prima de asigurare nu se mai rambursează.

44. Indemnizațiile de asigurare se plătesc în maximum 30 de zile de la depunerea întregii documentații la Asigurător.
45. Asiguratul persoană fizică are dreptul de acces la datele cu caracter personal pe care le furnizează, dreptul de intervenție asupra datelor și dreptul de opoziție, așa cum acestea sunt reglementate de dispozițiile art. 13, 14, respectiv 15 din Legea 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date. Asiguratul persoană fizică își poate exercita drepturile prevăzute în alin. 1, depunând la SC Allianz-Țiriac Asigurări S.A. o cerere în formă scrisă, datată și semnată. În cerere, solicitantul poate arăta dacă dorește ca informațiile să îi fie comunicate la o anumită adresă care poate fi de poștă electronică sau printr-un serviciu de corespondență care să asigure că predarea i se va face numai personal.
46. Orice litigiu în legătură cu aplicarea prevederilor prezentelor Condiții se rezolvă de către instanțele de judecată competente din România.

ALLIANZ - ȚIRIAC ASIGURĂRI S.A.