

SECTIUNEA III

CONTRACT DE SERVICII

**CONTRACT DE SERVICII
(ASIGURARE)**
nr. _____ din _____

PĂRȚILE CONTRACTANTE

CONPET S.A., cu sediul în Ploiești, str. Anul 1848, nr. 1-3, jud. Prahova, telefon 0244/401330, fax 0244/516451, înregistrată la Registrul Comerțului de pe lângă Tribunalul Prahova, sub nr. J29/6/1991, cod fiscal RO 1350020, capital social subscris și vărsat: 28.569.842,4 lei, cod IBAN RO38 RNCB 0205 0448 6570 0001, deschis la Banca Comercială Română – Sucursala Ploiești, reprezentată legal, prin ing. Liviu Ilași – Director General și ec. Sanda Toader – Director Economic, în calitate de **CONTRACTANT**

și

_____, cu sediul în _____, str. _____, nr. __, jud. _____, telefon/fax _____, număr de înregistrare în Registrul Asigurătorilor _____ număr autorizație _____, Operator de date cu caracter personal înregistrat sub numărul _____, cod de înregistrare fiscală RO _____, înregistrată la Registrul Comerțului sub numărul J_/____/____, având cod IBAN _____ deschis la _____, reprezentată prin _____ - _____, în calitate de **ASIGURATOR**

Asigurătorul și Contractantul vor fi denumiți în cele ce urmează „Părțile”

Părțile în temeiul acordului lor de voință liber consimțit și neviciat au convenit încheierea și semnarea prezentului contract de asigurare (denumit în continuare „contractul”) în următoarele condiții:

Articolul 1. Obiectul contractului

- (1) Asigurătorul se obliga să presteze *“servicii de asigurare voluntară de sănătate, pentru salariații CONPET S.A.”*, în conformitate cu prevederile Caietului de sarcini, propunerea tehnico-financiară și cu obligațiile asumate prin prezentul contract.
- (2) Achiziția are în vedere asigurarea serviciilor destinate diagnosticării, tratamentului, corectării și recuperării diferitelor afecțiuni, la care salariații CONPET SA au acces în suma acoperită.
- (3) Prin contractul de asigurare, Contractantul asigurării, se obligă să plătească o primă Asigurătorului iar acesta la rândul său, se obligă ca la producerea riscului asigurat să plătească furnizorului de servicii medicale sau asiguratului, după caz, despăgubirea, în limitele și în termenele convenite.

Articolul 2. Legea aplicabilă contractului

- (1). Contractul va fi interpretat conform legilor din România
- (2). Protecția prin asigurare oferită de Asigurător cu privire la acoperirea riscului îmbolnăvirii Asiguraților se limitează la prestațiile medicale efectuate pe teritoriul României.

Articolul 3. Termene contractuale

- (1) Contractul intra în vigoare la data semnării lui.
- (2) Perioada asigurată este 29.12.2017 – 28.12.2018 (inclusiv).
- (3) Contractul poate fi prelungit prin acordul de voință al părților, prin act adițional.
- (4) Termenul de comunicare a listelor cu salariații CONPET SA este de maxim 24 ore de la data intrării în vigoare a contractului de prestare a serviciilor.

- (5) Termenul de emitere a decontului / facturii este de maxim 24 ore de la data comunicării listelor inițiale cu salariații „Conpet” S.A.
- (6) Termenul de emitere a cardurilor este de maxim 3 zile lucrătoare de la data comunicării listelor de către beneficiar a salariaților „Conpet” S.A.
- (7) Termenul de distribuire a cardurilor individuale de către Asigurator este de 10 zile lucrătoare de la data emiterii cardurilor.

Articolul 4. Valoarea contractului/ Prima de asigurare.

- (1) Valoarea estimată a contractului este de.....euro/an, reprezentând prima anuală de asigurare deeuro/asigurat/an, calculată pentru un număr de 1714 salariați asigurați.
- (2) Valoarea primei de asigurare.....euro/asigurat/an este fermă pe toată perioada de valabilitate a contractului.
- (3) Valoarea contractului poate suporta modificări, în funcție de fluctuația de personal, până la un număr maxim de 1800 salariați.
- (4) Salariatul nou angajat, ulterior încheierii prezentului contract, dobândește calitatea de asigurat în termen de 24 ore de la notificarea Asiguratorului de către Contractant.
- (5) Încetarea calității de salariat conduce la încetarea calității de asigurat. Notificarea Asiguratorului cu privire la încetarea calității de salariat se face de către Contractant în termen de 24 ore.
- (6) La finalizarea prezentului contract părțile vor proceda la regularizarea costurilor cu primele de asigurare plătite în baza contractului, funcție de numărul de asigurați intrați-iesiți și respectiv perioada de asigurare/salariat.

Articolul 5. Plata primelor de asigurare

- (1) Primele de asigurare se achita integral în termen de maxim 15 zile de la primirea decontului/ facturii.
- (2) Plata primei de asigurare se efectuează prin virament bancar în contul Asiguratorului, cont bancar specificat în contractul de asigurare respectiv:
- (3) Obligațiile comune de plată, după caz, rezultate din regularizarea prevăzută la art. 4 (6) din prezentul contract, se vor achita în termen de 15 zile de la data încheierii procesului verbal de regularizare.

Articolul 6. Definiții

a. Contractantul asigurării – Societatea care încheie contractul cu asiguratorul, în numele persoanei asigurate și care poartă responsabilitatea cu privire la plata primei de asigurare.

b. Asigurat - salariat pentru care s-a încheiat contractul de asigurare cu asiguratorul și căruia îi sunt oferite beneficiile serviciilor cuprinse în contractul de asigurare voluntară de sănătate.

c. Prestator - asiguratorul Societate de Asigurări -persoana juridică sau filiala autorizată în condițiile Legii nr. 32/2000 privind activitatea de asigurare și supravegherea asigurărilor, să exercite activități de asigurare, să practice clasele de asigurări de sănătate din categoria asigurărilor de viață și/sau generale și care își asumă răspunderea de a acoperi cheltuielile cu serviciile medicale prevăzute în contractul de asigurare voluntară de sănătate, precum și sucursala unei societăți de asigurare sau a unei societăți mutuale, dintr-un stat membru al Uniunii Europene sau aparținând Spațiului Economic European, care a primit o autorizație de la autoritatea competentă a statului membru de origine în acest sens.

d. Contract de asigurare: poliță de asigurare împreună cu condițiile generale de asigurare, condițiile specifice de asigurare și orice alte documente.

e. Card de asigurare: document care atestă că persoana nominalizată în acesta are calitatea de Asigurat.

f. 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 asigurării.

g. Acut: simptomatologie instalată brusc sau cu o evoluție de scurtă durată, care în urma unui tratament pe termen scurt duce la reîntoarcerea la starea de sănătate de dinainte de instalarea acesteia.

h. Afecțiune/vătămare/condiție medicală pre-existentă: o vătămare corporală sau o boală sau consecințele ei, orice procedură medicală, precum și orice manifestare patologică sau altă condiție medicală rezultată în urma unei boli sau a unui accident care a apărut anterior datei intrării în vigoare a poliței de asigurare, indiferent de asigurare, indiferent dacă tratamentul a fost administrat sau nu, pentru care Asiguratul:

- i) a fost diagnosticat, sau
- ii) a solicitat sau a primit tratament sau servicii medicale, sau
- iii) a urmat un tratament prescris, sau
- iv) asiguratul știa de existența acesteia sau manifestările bolii (simptomele și semnele) nu puteau trece neobservate.

i. Boală: stare anormală a organismului care afectează fie întregul organism, fie orice parte a acestuia, care determină deteriorarea funcționării normale a acestuia.

j. Boala acută – simptomatologie instalată brusc și cu o evoluție de scurtă durată, care în urma unui tratament pe termen scurt duce la revenirea la starea de sănătate de dinainte de instalarea acesteia.

k. Boală cronică: o boală sau vătămare corporală care are cel puțin două din următoarele caracteristici:

- a) are o evoluție pe o perioadă nedeterminată și nu are tratament cunoscut;
- b) este o recidivantă sau există posibilitatea de a recidiva;
- c) este permanentă
- d) asiguratul necesită recuperare medicală (reabilitare) sau o educație medicală specifică pentru a-și controla boala;
- e) necesită monitorizare (supraveghere medicală), consultații medicale, controale, examinări medicale sau investigații repetate, pe termen lung.

l. Diagnosticare: procesul de identificare a unei boli în baza datelor clinice și a celor obținute din investigații paraclinice.

m. Risc asigurat: posibilitatea de producere a unei daune - accidentul său boala survenite în perioada de valabilitate a asigurării, pentru care Asiguratorul preia costul serviciilor medicale sau acordă indemnizații de asigurare în conformitate cu condițiile generale și specifice.

n. Furnizor de servicii medicale: persoană fizică sau juridică a cărei funcționare este autorizată pentru a presta servicii medicale, în conformitate cu legislația în vigoare în România.

o. Call-Center – Serviciu telefonic specializat, prin intermediul căruia pot fi solicitate informații cu privire la contractul de asigurare.

p. Coplăți: procent sau sume menționate în polița și care reprezintă suma participării personale ce trebuie plătită de către Asigurat medicului cu contract, rata participării personale pe care Asiguratul trebuie să o plătească unui medic neagreat, precum și plafonul maxim de despăgubire, referitor la tratamentele incluse în asigurare.

q. Necesitate medicală: un serviciu sau un produs medical furnizat de un furnizor medical autorizat care este util pentru diagnosticul, asistența medicală sau tratamentul bolii sau leziunii în cauză.

r. Servicii medicale: consultații medicale, tratamente sau investigații medicale efectuate de către personal medical de specialitate cu competența și autorizare dintr-o unitate sanitară publică sau privată, autorizată în România, conform metodelor recunoscute, omologate și testate clinic în România.

s. Sistemul asigurărilor sociale de sănătate: sistem de ocrotire a sănătății populației din România statuat prin lege.

t. Spital: este o unitate sanitară, publică sau privată, care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- a) Funcționează în condiții de deplină acreditare pe teritoriul României;
- b) Dispune de personal medical auxiliar calificat în acordarea de asistență medicală de specialitate (cu diplomă de specialitate recunoscută în România și are drept de liberă practică);
- c) Dispune de facilități și echipamente medicale de specialitate;

d) Acordă îngrijiri medicale și servicii de diagnostic și tratament în regim permanent pacienților internați, cu consemnarea zilnică a stării clinice și a procedurilor de diagnostic și tratament aplicate acestora.

u. Spitalizare: perioada de internare într-un spital, indiferent de numărul de zile de spitalizare, recomandată de un medic de specialitate în scopul tratării afecțiunilor și/sau vătămarilor corporale apărute ca urmare a unui accident sau boli acoperite prin polița de asigurare. Nu este considerată spitalizare internarea cu scop de odihnă, cură de dezintoxicare, geriatrie.

v. Zi de spitalizare: se consideră o zi de spitalizare ziua calendaristică indiferent de ora internării și externării Asiguratului.

w. Spitalizare în ambulatoriu: tratament care din motive medicale trebuie efectuat o anumită perioadă sub supraveghere medicală într-un spital sau altă unitate medicală și care nu implică șederea în cursul nopții.

x. Tratament: servicii medicale necesare în vederea vindecării sau ameliorării unei boli sau a unei vătămări corporale.

y. Tratament sau procedură efectuate în scop experimental: orice medicament, dispozitiv, procedură sau tratament vor fi considerate experimentale sau investigaționale dacă:

a) Există insuficiente date disponibile privind efectele pe termen lung din studiile clinice efectuate și publicate în literatura medicală de specialitate pentru a documenta siguranța și eficiența tratamentului sau procedurii respective pentru boală sau leziunea în cauză;

b) Sunt necesare prin legislație dar nu s-a aprobat promovarea (marketingul) procedurii sau tratamentului respectiv;

c) O autoritate națională medicală sau stomatologică sau abilitată în reglementările de rigoare a statuat în scris că este aplicată în scop experimental, investigațional sau în scop de cercetare;

d) Protocolul scris, protocoalele utilizate în facilitățile de tratament respective, orice protocol folosit în orice altă facilități de studiu pentru același dispozitiv, medicament, procedură sau tratament, orice acord scris folosit pentru aceeași facilități de tratament sau pentru studiul aceluiași medicament, dispozitiv, procedură sau tratament stabilite cu scop experimental, investigațional sau de cercetare.

z. Tabele de beneficii: un rezumat al beneficiilor acoperite conform poliței de asigurare.

aa. Urgența medicală: deteriorarea stării de sănătate a Asiguratului, survenită brusc și neașteptat, care nu are legătură cu puseul acut a unei boli cronice sau o afecțiune preexistentă și care necesită îngrijiri medicale imediate.

bb. Asigurare de grup - asigurarea acordată unui anumit număr de persoane, în care contractantul este angajatorul persoanelor respective sau asociația din care fac parte;

cc. Lista furnizorilor agreați - totalitatea furnizorilor aflați în relații contractuale cu asiguratorii care practică asigurări voluntare de sănătate;

dd. Pachet de servicii medicale - serviciile destinate prevenirii, diagnosticării, tratamentului, corectării și recuperării diferitelor afecțiuni, la care asigurații au acces;

ee. Polița de asigurare - document scris, emis de prestator, care dovedește încheierea contractului de asigurare privată de sănătate;

ff. Perioada de așteptare - intervalul de timp dintre dată încheierii contractului de asigurare și data de la care este angajată răspunderea asiguratorului pentru anumite servicii specificate în contract.

gg. Cerere de plată a daunei - solicitarea de acoperire a unei daune acoperite prin contractul de asigurare;

hh. Prețul contractului - prețul plătit prestatorului de către achizitor, în baza contractului, pentru îndeplinirea integrală și corespunzătoare a tuturor obligațiilor asumate prin contract;

ii. Servicii - activități a căror prestare fac obiect al contractului;

jj. Clauze contractuale - prevederi menționate în contractul de asigurare voluntară de sănătate de grup, care stabilesc cel puțin drepturile și obligațiile părților contractante;

kk. Litigii - neînțelegeri, divergențe, diferențe de opinii între părțile contractului;

II. Zi - zi calendaristică; **luna** - 30 de zile; **an** - 365 de zile;

mm. Excluderi: situații/circumstanțe în legătură cu care asiguratorul nu își asumă răspunderea cu privire la protecția prin asigurare.

Articolul 7. Confidențialitate

(1) O parte contractantă nu are dreptul, fără acordul scris al celeilalte părți:

a) de a face cunoscut contractul său orice prevedere a acestuia unei terțe părți, în afara acelor persoane implicate în îndeplinirea contractului;

b) de a utiliza informațiile și documentele obținute sau la care are acces în perioada de derulare a contractului și ulterior pe perioadă nedeterminată, în alt scop decât acela de a-și îndeplini obligațiile contractuale.

(2) Dezvăluirea oricărei informații față de persoanele implicate în îndeplinirea contractului se va face confidențial și se va extinde numai asupra acelor informații necesare în vederea îndeplinirii contractului.

(3) O parte contractantă va fi exonerată de răspunderea pentru dezvăluirea de informații referitoare la contract dacă:

a) informația a fost dezvăluită după ce a fost obținut acordul scris al celeilalte părți contractante pentru asemenea dezvăluire; sau

b) partea contractantă a fost obligată în mod legal să dezvăluie informația.

(4) Contractantul se obligă să aducă la cunoștința Asiguraților și să le obțină acordul cu privire la faptul că achizitorul prelucrează datele acestora cu caracter personal referitoare la datele de identificare inclusiv CNP, serie și număr act de identitate, date privind sănătatea precum și date socio-profesionale, în scopul desfășurării activității de asigurări a acesteia.

(5) Informațiile cuprinse în contractul de asigurare voluntară, precum și informațiile privind starea de sănătate a asiguratului au caracter confidențial și nu pot fi divulgate unor terți de către asiguratorii care practică asigurări voluntare de sănătate sau persoanele fizice/juridice care, prin natura relațiilor de serviciu, cum ar fi controlor, auditor și alte asemenea funcții, intră în posesia informațiilor în cauză, cu excepția cazurilor prevăzute de lege, conform dispozițiilor Legii nr. 95/2006 și ale Legii nr. 677/2001.

Articolul 8. Obligațiile părților

8.1. Obligațiile Asiguratorului

(1) Asiguratorul are obligația de a presta serviciile prevăzute în contract cu profesionalismul și promptitudinea cuvenite angajamentului asumat și în conformitate cu propunerea sa tehnică și la termenele convenite.

(2) Asiguratorul are obligația de a presta serviciile, de a asigura resursele umane, materiale, instalațiile, echipamentele sau altele asemenea, fie de natura provizorie, fie definitive cerute de și pentru contract, în măsura în care necesitatea asigurării acestora este prevăzută în contract sau se poate deduce în mod rezonabil din contract.

(3) Asiguratorul este pe deplin responsabil pentru prestarea serviciilor în conformitate cu graficul de implementare. Totodată este răspunzător de calificarea personalului folosit pentru prestarea serviciilor pe toată durata contractului.

(4) Asiguratorul se obliga să presteze serviciile în conformitate cu standardele și procedurile în domeniu;

(5) Asiguratorul nu va utiliza informațiile și documentele obținute sau la care are acces în perioada de derulare a contractului, în alt scop decât acela de a-și îndeplini obligațiile contractuale.

(6) Asiguratorul nu va permite accesul terților la informațiile și documentele obținute sau la care are acces în perioada de derulare a contractului și va păstra confidențialitatea acestora.

(7) Asiguratorul va deconta contravaloarea serviciilor acoperite în pachetul de servicii medicale de bază precum și serviciile medicale suplimentare oferite.

(8) Asiguratorul va accepta în asigurare toți salariații Conpet S.A. indiferent de starea de sănătate: afecțiuni preexistente și boli cronice fără a face evaluarea medicală la intrarea în asigurare.

- (9) Asiguratorul are obligația să deconteze contravaloarea serviciilor medicale indiferent de unitatea medicală din rețea/din afara rețelei și indiferent de locația acesteia (fie că se află în localitatea de domiciliu, fie că se află în altă localitate).
- (10) Asiguratorul va suporta costurile în limitele sumelor asigurate declarate în oferta sa.
- (11) Asiguratorul are obligația să deconteze direct furnizorului de servicii medicale accesate în rețeaua proprie;
- (12) Pentru serviciile medicale accesate în afara rețelei de furnizori de servicii medicale, Asiguratorul are obligația să le deconteze asiguratului (decontare indirectă), în baza documentației (dosar de daună) depusă de către asigurat la Asigurator, în termen de maxim 14 zile lucrătoare de la data recepționării dosarului complet. Acesta va conține: raportul medical, factura/bon fiscal în original, cererea de despăgubire.
- (13) Să emită, să distribuie și să schimbe gratuit cardurile, la termenele din prezentul contract.
- (14) Să prezinte la punctele de lucru Conpet S.A., modul de accesare a serviciilor medicale în termenul din prezentul contract și a planului de comunicare anexat propunerii tehnice.
- (15) Asiguratorul va asigura pe cheltuiala sa deplasarea în punctele de lucru CONPET S.A. pentru distribuirea cardurilor și promovarea materialelor legate de asigurare și va suporta contravaloarea acestor materiale respectiv: ghid asigurat, card de asigurat, formulare necesare, postere, flyere, etc.).
- (16) Să asigure funcționarea dispeceratului de asistență specializat al asiguraților – Call Center, care să cunoască pachetul de servicii medicale și care să îndeplinească cel puțin următoarele condiții:
- Să fie disponibil zile din, cel puțin ore/zi;
 - Să dețină resursele umane necesare funcționării dispeceratului;
 - Să aibă capacitate dovedită de răspuns în maxim 48 ore;
 - Să asigure suport în decontarea directă cu furnizorii de servicii medicale, suport în procesul de rambursare;
 - Să ofere un sistem de sondaj prin telefon/ online, sistem prin care se oferă status pentru dosarele de rambursare;
 - Să asigure termen maxim de ramburs: 14 zile lucrătoare de la confirmarea de către Asigurator a finalizării dosarului.
- (17) Să furnizeze la cererea asiguratului sau Contractantului informațiile solicitate referitoare la: identificarea asiguratului care a accesat serviciul "Call Center", evidența serviciilor medicale efectuate, evidența numărului de accesări a serviciilor medicale acoperite de asigurare, evidența numărului de asigurați ce au accesat serviciile medicale, monitorizarea sesizărilor/reclamațiilor, gradul de satisfacție a asiguraților.
- (18) Să soluționeze reclamațiile asiguraților în termen de 15 zile de la primirea sesizării și să informeze atât asiguratul cât și Contractantul cu privire la modul de soluționare. La cererea Contractantului, Asiguratorul are obligația de a pune la dispoziția Contractantului toate documentele care au stat la baza reclamației, cu excepția documentelor medicale ce conțin date cu caracter personal ale asiguratului, după caz (asiguratul își dă acceptul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal).
- (19) Să prezinte serviciile medicale la care au acces salariații CONPET SA în maxim 18 zile lucrătoare de la data intrării în vigoare a contractului.

8.2. Obligații de bună conduită ale Asiguratorului

(1) Asiguratorul va acționa întotdeauna loial și imparțial și ca un consilier de încredere pentru Contractant conform regulilor și/sau codului de conduită al profesiei sale, precum și cu discreția necesară. Se va abține să facă afirmații publice în legătură cu serviciile prestate fără să aibă aprobarea prealabilă a Contractantului, precum și să participe în orice activități care sunt în conflict cu obligațiile sale contractuale în raport cu acesta.

(2) În cazul în care Asiguratorul sau oricare din subcontractanții săi, se oferă să dea, ori sunt de acord să ofere ori să dea, sau dau oricărei persoane, mită, bunuri în dar, facilități ori comisioane în scopul de a determina ori recompensa îndeplinirea ori neîndeplinirea oricărui act sau fapt privind contractul de servicii sau orice alt contract încheiat cu Contractantul, ori pentru a favoriza sau defavoriza orice persoană în legătură cu Contractul său cu orice alt contract încheiat cu acesta,

Contractantul poate decide rezilierea Contractului fără îndeplinirea vreunei formalități și fără intervenția vreunei autorități sau instanțe de judecată și să pretindă plata de daune interese conform art. 10.(5).

(3) Plățile către Asigurator aferente Contractului vor constitui singurul venit ori beneficiu ce poate derivă din Contract, și atât Asiguratorul cât și personalul său salariat ori contractat, inclusiv conducerea sa și salariații din teritoriu, nu vor accepta niciun comision, discount, alocație, plata indirectă ori orice altă formă de retribuție în legătură cu sau pentru executarea obligațiilor din contract.

(4) Asiguratorul nu va avea niciun drept, direct sau indirect, la vreo redevență, facilitare sau comision cu privire la orice bun sau procedeu brevetat sau protejat utilizate în scopurile Contractului, fără aprobarea prealabilă în scris a Contractantului.

(5) Asiguratorul și personalul său vor respecta secretul profesional, pe perioada executării Contractului, inclusiv pe perioada oricărei prelungiri a acestuia, precum și după încetarea Contractului. În acest sens, cu excepția cazului în care se obține acordul scris prealabil al Contractantului. Asiguratorul și personalul său, salariat ori contractat de acesta, incluzând conducerea și salariații din teritoriu, nu vor comunica niciodată oricărei alte persoane sau entități, nicio informație confidențială divulgată lor sau despre care au luat cunoștință și nu vor face publică nicio informație referitoare la recomandările primite în cursul său ca rezultat al derulării Serviciilor ce fac obiectul prezentului Contract. Totodată, Asiguratorul și personalul său nu vor utiliza în dauna Contractantului informațiile ce le-au fost furnizate sau rezultatul studiilor, testelor, cercetărilor desfășurate în cursul său în scopul executării Contractului.

(6) Executarea Contractului nu va genera sub nicio formă cheltuieli comerciale neuzuale. Dacă apar totuși astfel de cheltuieli, Contractul poate fi reziliat fără îndeplinirea vreunei formalități și fără intervenția vreunei autorități sau instanțe de judecată. În acest caz Asiguratorul are dreptul de a pretinde numai plata corespunzătoare pentru partea din contract îndeplinită până la data rezilierii contractului.

Sunt considerate cheltuieli comerciale neuzuale :

- i. comisioanele care nu sunt menționate în Contract sau care nu rezultă dintr-un contract valabil încheiat referitor la prezentul Contract,
- ii. comisioanele care nu corespund unor servicii executate și legitime,
- iii. comisioanele plătite unui destinatar care nu este în mod clar identificat sau
- iv. comisioanele plătite unei persoane care potrivit tuturor aparențelor este o persoană inte

8.3.Obligațiile Contractantului

(1) Contractantul are obligația de a pune la dispoziție Asiguratorului orice facilități și/sau informații pe care acesta le-a cerut în propunerea tehnică, dacă le deține și pe care le consideră necesare pentru îndeplinirea contractului.

(2) Achizitorul se obliga să plătească primele de asigurare la scadență.

Articolul 9. Documentele contractului

Anexa 1 –Caietul de sarcini

Anexa 2 - Propunerea tehnică

Anexa 3 – Dovada constituirii Garanției de bună execuție

Articolul 10. Garanția de bună execuție a contractului

(1) Garanția de bună execuție a contractului se constituie de către Asigurator în scopul asigurării Contractantului de îndeplinirea cantitativă, calitativa și în perioadă convenită a contractului.

(2) Garanția de bună execuție se constituie prin Scrisoare de garanție bancară de bună execuție emisă de către o bancă agreată de ambele părți, în favoarea Contractantului. Scrisoarea de garanție bancară de bună execuție este în quantum de 5% din valoarea estimată a contractului prevăzută la art. 4 alin.1 respectiv, în quantum de În cazul în care valoarea contractului se modifică, Asiguratorul are obligația de a actualiza quantumul garanției de bună execuție în funcție de valoarea totală a contractului.

(3) Scrisoarea de garanție de bună execuție se va prezenta de către Asigurator Contractantului, în original, în termen de maxim 15 zile de la data semnării contractului și va avea o valabilitate de cel puțin 14 luni de la data emiterii. Prolungirea termenului contractului obliga Asiguratorul la extinderea valabilității Scrisorii de garanție bancară de bună execuție, cu minimumluni de la data expirării Scrisorii de garanție bancară prezentate inițial. Din Scrisoarea de garanție bancară de bună execuție trebuie să reiasă, fără echivoc, ca societatea bancară va plăti Contractantului suma solicitată, la prima și simplă cerere a Contractantului.

(4) Contractantul se obligă să elibereze garanția pentru participare numai după ce Asiguratorul a prezentat Scrisoarea de garanție de bună execuție, emisă conform prevederilor prezentului capitol.

(5) Contractantul are dreptul de a emite pretenții asupra garanției de bună execuție, în limita prejudiciului creat, dacă Asiguratorul nu își îndeplinește și/sau își îndeplinește în mod necorespunzător obligațiile asumate prin contract. Anterior emiterii unei pretenții asupra garanției de bună execuție, Contractantul are obligația de a notifica pretenția Asiguratorului, precizând obligațiile care nu au fost respectate.

(6) Contractantul are dreptul de a emite pretenții asupra garanției de bună execuție și pentru recuperarea penalităților de întârziere, datorate ca urmare a neîndeplinirii obligațiilor la termenele stabilite prin contract. Contractantul are obligația de a notifica pretenția Asiguratorului, precizând obligațiile care nu au fost respectate.

(7) Garanția de bună execuție se restituie de către Contractant, Asiguratorului în termen de cel mult 14 zile de la data îndeplinirii integrale de către Asigurator a tuturor obligațiilor asumate prin contractul respectiv, dacă Contractantul nu a ridicat până la acea dată pretenții asupra ei.

Articolul 11. Penalități

(1) În cazul în care, Asiguratorul nu își îndeplinește în termenele contractuale obligațiile asumate, Asiguratorul are obligația de a plăti Contractantului penalități în cuantum de 3%/zi din valoarea obligațiilor neîndeplinite, începând cu prima zi de întârziere.

(2) Penalitățile calculate vor fi notificate Asiguratorului, precizând obligațiile care nu au fost respectate și perioadele de întârziere. Asiguratorul va achita în termen de 5 (cinci) zile de la primirea notificării suma calculată drept penalități. Contractantul va emite factură către Asigurator după încasarea sumei reprezentând penalități.

(3) Neplata penalităților de întârziere în termenul de 5 (cinci) zile de către Asigurator dă dreptul Contractantului de a emite pretenții asupra garanției de bună execuție, pentru recuperarea penalităților de întârziere. Contractantul are obligația de a notifica penalitățile Asiguratorului, precizând obligațiile care nu au fost respectate.

(4) În cazul în care Contractantul nu onorează facturile în termen de 20 de zile de la expirarea perioadelor prevăzute de contract, acesta are obligația de a plăti penalități în cuantum de 3 %/zi din valoarea neachitată, pentru fiecare zi de întârziere, începând cu prima zi de la scadență.

Articolul 12. Rezilierea contractului. Daune – interese. Încetarea contractului

(1) Nerespectarea obligațiilor asumate prin prezentul contract de către una dintre părți dă dreptul părții lezate de a cere rezilierea contractului de prestări servicii și de a pretinde plata de daune-interese.

(2) Dacă în perioada de derulare a contractului, Asiguratorul:

a) nu a prezentat în termen garanția bancară de bună execuție, în condițiile prevăzute în prezentul contract;

b) a cesionat o parte din obligațiile asumate prin contract sau a subcontractat o parte din contract fără acceptul Contractantului;

c) depășește cu 30 de zile termenul de prestare a serviciilor prevăzute în contract și anexe;

d) nu decontează în termenul prevăzut contravaloarea serviciilor medicale din pachetul asigurat, achitate direct de către asigurați și pentru care a fost depus dosar de dauna complet, pentru mai mult de 5 (cinci) asigurați.

e) autorizațiile/licențele Asiguratorului expira sau sunt anulate în perioada de derulare a contractului;

contractantul va notifica Asiguratorul pentru remedierea acestor aspecte.

Dacă, în termen de 14 zile de la primirea notificării emise de către Contractant, Asiguratorul nu ia toate măsurile posibile de remediere a neîndeplinirii obligațiilor, Contractantul poate, printr-o a doua înștiințare emisă în termen de 21 de zile, să rezilieze contractul și să pretindă plata de daune interese.

(3) Părțile sunt de drept în întârziere prin simpla ajungere la scadență a oricărei obligații neexecutate instituite prin contract fără necesitatea transmiterii în acest sens a unei notificări sau a îndeplinirii a unei formalități cu privire la executarea obligațiilor scadente.

(4) La rezilierea contractului conform art. 12. (2), Contractantul are dreptul de a pretinde daune-interese în cuantum de 5% din valoarea estimată contractului prevăzută la art. 4 alin.1, respectiv _____ lei. Suma va fi plătită în termen de 30 de zile de la data înștiințării de reziliere a contractului. Totodată, Asiguratorul este obligat să restituie primele de asigurare proporțional cu perioada rămasă neasigurată.

(5) Nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 8 (2) din prezentul contract, în mod culpabil, dă dreptul Contractantului de a considera contractul reziliat de drept fără intervenția instanței și fără a fi necesară îndeplinirea vreunei formalități și de a pretinde plata de daune interese.

(6) Contractul poate fi reziliat de către Contractant dacă sunt înregistrate în mod repetat reclamații ale asiguraților care se dovedesc a fi întemeiate și nu sunt soluționate în termenele precizate.

(7) Contractul poate înceta și prin ajungere la termen sau prin acordul părților, declararea falimentului Asiguratorului.

Articolul 13. Cesiunea și subcontractarea

(1) Asiguratorul nu poate cesa total sau parțial prezentul contract.

(2) Asiguratorul nu poate subcontracta decât subcontractanților declarați în propunerea sa tehnică sau numai după obținerea acordului scris din partea Contractantului. Schimbarea subcontractantului nu va schimba prețul contractului.

(3) Asiguratorul răspunde în mod direct față de Contractant pentru orice neconformitate apărută în prestarea serviciilor și care se datorează unui subcontractant precum și pentru orice pretenție ridicată de un terț ca urmare a unei acțiuni sau inacțiuni a unui subcontractant.

(4) Asiguratorul are obligația de a prezenta la data semnării prezentului contract toate contractele încheiate cu subcontractanții desemnați,

(5) Lista subcontractanților, cu datele de recunoaștere ale acestora, precum și contractele încheiate cu aceștia se constituie în anexe la contract.

(6) Asiguratorul este pe deplin răspunzător față de Contractant de modul în care îndeplinește contractul.

Articolul 14. Forță majoră

(1) Forța majoră exonerează părțile contractante de îndeplinirea obligațiilor asumate prin prezentul contract, pe toată perioada în care aceasta acționează.

(2) Îndeplinirea contractului va fi suspendată în perioada de acțiune a forței majore, dar fără a prejudicia drepturile ce li se cuveneau părților până la apariția acesteia.

(3) Partea contractantă care invocă forța majoră are obligația de a notifica celeilalte părți, imediat și în mod complet, producerea acesteia și de a lua orice măsuri care îi stau la dispoziție în vederea limitării consecințelor.

(4) Dacă forța majoră acționează sau se estimează că va acționa o perioadă mai mare de 30 zile, fiecare parte va avea dreptul să notifice celeilalte părți încetarea de drept a prezentului contract, fără că vreuna dintre părți să poată pretinde celeilalte daune-interese.

Articolul 15. Soluționarea litigiilor

(1) Contractantul și Asiguratorul vor face toate eforturile pentru a rezolva pe cale amiabilă, prin tratative directe, orice neînțelegere sau disputa care se poate ivi între ei în cadrul sau în legătură cu îndeplinirea contractului.

(2) Dacă după 15 zile de la începerea acestor tratative Contractantul și Asiguratorul nu reușesc să rezolve în mod amiabil o divergență contractuală, fiecare poate solicita ca disputa să se soluționeze de către instanțele judecătorești de drept comun de la sediul Contractantului.

Articolul 16. Comunicări

(1) Orice comunicare între părți, referitoare la îndeplinirea prezentului contract, trebuie să fie transmisă în scris.

(2) Orice document scris trebuie înregistrat atât în momentul transmiterii, cât și în momentul primirii.

(3) Data comunicării se considera data luării la cunoștință.

(4) Pe parcursul derulării prezentului contract, toate documentele aferente acestuia, inclusiv corespondența între părți, vor fi elaborate în limba română.

(5) Comunicările între părți se pot face și prin telefon, fax sau e-mail, cu condiția confirmării în scris a primirii comunicării.

Articolul 17. Clauze finale

(1) Modificarea prezentului contract se face numai prin act adițional încheiat între părțile contractante.

(2) Prezentul contract, împreună cu anexele sale care fac parte integrantă din cuprinsul său, reprezintă voința părților și înlătura orice altă înțelegere verbală dintre acestea, anterioară și ulterioară încheierii lui.

(3) În cazul în care părțile își încălca obligațiile lor, neexercitarea de partea care suferă vreun prejudiciu a dreptului de a cere executarea întocmai sau prin echivalent bănesc a obligației respective nu înseamnă că ea a renunțat la acest drept al său.

Prezentul contract s-a încheiat astăzi, _____, la Ploiești, în două exemplare originale, câte unul pentru fiecare parte.

CONTRACTANT

ASIGURATOR

CONPET S.A. Ploiești