



REPUBLICA MOLDOVA
COMISIA NAȚIONALĂ a PIEȚEI FINANCIARE

SOCIETĂȚILOR DE ASIGURARE
(conform listei)

Re.: recomandări privind aplicarea conformă a unor prevederi din legislația civilă în domeniul asigurărilor

Comisia Națională a Pieței Financiare (CNPF), în acord cu prevederile art. 89 alin. (3) lit. b) din Legea privind activitatea de asigurare sau de reasigurare nr. 92/2022 (Legea nr. 92/2022), potrivit căreia „(3) Comisia Națională a Pieței Financiare este autoritatea publică care coordonează la nivel național controlul respectării legislației cu privire la protecția consumatorilor în domeniul asigurărilor, având următoarele atribuții principale: b) implementează și promovează [...] recomandări în domeniul protecției consumatorilor pe piața asigurărilor;”, urmare a analizei petițiilor parvenite, a evidențiat existența unor neconcordanțe în aplicarea prevederilor din capitolul XXV „Asigurarea” din Codul civil și **formulează următoarele recomandări**, în temeiul cărora își va exercita dreptul discreționar în cadrul procedurilor administrative, pe care le desfășoară:

1. Clauze discriminatorii pe criterii de sex, sarcină și maternitate

Articolul 1828 din Codul civil prevede:

„(1) Utilizarea genului (inclusiv a stării de sarcină sau maternitate) ca factor în calcularea primelor și prestațiilor nu trebuie să ducă la crearea unor diferențe în materie de prime percepute și prestații executate, cu excepțiile prevăzute de actele normative din domeniul asigurărilor.

(2) *Rasa, culoarea, naționalitatea, originea etnică, limba, religia sau convingerile, opinia sau apartenența politică nu pot constitui factori care duc la diferențe în primele percepute de la persoanele fizice și prestațiile datorate lor.*

(3) *Dacă contractul de asigurare cuprinde condiții care încalcă cerințele prevăzute la alin.(1) sau (2), aceste condiții se vor înlocui de drept cu condiții nediscriminatorii. Orice clauză contrară este nulă.*

(4) *Dacă contractul de asigurare cuprinde condiții care încalcă cerințele prevăzute la alin.(1) sau (2), contractantul are dreptul la rezoluțiunea asigurării. Notificarea de rezoluțiune trebuie să fie comunicată asigurătorului în cel mult 2 luni după ce contractantul a cunoscut încălcarea.”*

În același sens, art. 12¹ alin. (3) și alin. (4) din Legea nr. 5/2006 cu privire la asigurarea egalității de șanse între femei și bărbați (Legea nr. 5/2006), stabilește că „(3) *Se interzice discriminarea persoanei asigurate pe criteriu de sex prin stabilirea diferențiată a primelor, tarifelor și beneficiilor în cadrul activității de asigurare*

(reasigurare) și al serviciilor financiare conexe. (4) Menținerea în contracte a oricăror clauze care să determine pentru persoana asigurată diferențe în materie de prime și beneficii ca urmare a costurilor legate de sarcină și maternitate este interzisă. Prevederea dată nu afectează condițiile mai favorabile stabilite pentru femei în ceea ce privește sarcina și maternitatea.”.

La subiect, au fost identificate contracte de asigurare și condiții de asigurare, aferente asigurării medicale pentru călătorii în străinătate (Clasa 2), care conțin clauze de tipul: „Asigurătorul nu acordă despăgubiri în următoarele situații: orice adresare, examinare, îngrijire sau tratament în legătură cu sarcina, nașterea, avortul spontan/terapeutic și consecințele acestora, cu excepția întreruperii sarcinii în urma unui accident.”.

Prin astfel de excluderi generale și absolute nu se face distincție între situații medicale normale și complicații survenite în cursul sarcinii și, prin urmare se elimină, în mod discriminatoriu, orice prestație legată de o stare biologică specifică femeilor. O asemenea formulare contravine **principiului egalității de tratament** și poate constitui o formă de **discriminare directă**, bazată pe sex, interzisă de prevederile art. 1828 din Codul civil și art. 12¹ din Legea nr. 5/2006.

Clauza contractuală prenotată prevede o excludere completă a oricărei acoperiri pentru servicii medicale legate de sarcină, naștere sau complicațiile acestora în cadrul asigurărilor de călătorie. Această excludere totală plasează femeile însărcinate într-o poziție net defavorizată, comparativ cu ceilalți asigurați: în timp ce alți asigurați beneficiază, spre exemplu, de rambursarea cheltuielilor pentru urgențe medicale survenite în călătorie, femeilor însărcinate li se refuză orice despăgubire de asigurare (despăgubire) pentru evenimente medicale, legate de sarcină (inclusiv complicații imprevizibile). O atare diferențiere reprezintă un tratament mai puțin favorabil pe criteriul sarcinii, deci o posibilă discriminare directă, bazată pe sex.

Prin efectul art. 1828 alin. (3) din Codul civil, asemenea clauze sunt **nule de drept**, întrucât instituie un tratament diferențiat, bazat pe sex și pe o stare fiziologică naturală.

Totodată, clauzele prenotate contravin dispozițiilor art. 12¹ alin. (3) – (4) din Legea nr. 5/2006, care interzic, în mod expres, stabilirea diferențiată a primelor, a tarifelor și a beneficiilor în cadrul activității de asigurare (reasigurare).

Recomandare: revizuirea condițiilor de asigurare, în vederea asigurării conformității acestora cu prevederile art. 1828 din Codul civil și art. 12¹ alin. (3) – (4) din Legea nr. 5/2006, prin:

- 1) reevaluarea produselor de asigurare și eliminarea clauzelor care, prin formulare generală, exclud, în bloc, orice situație legată de sarcină sau naștere;
- 2) asigurarea unei acoperiri minime obligatorii pentru urgențele medicale, survenite în timpul sarcinii, evitând excluderea totală a acestor riscuri;
- 3) delimitarea clară a riscurilor neasigurabile, cum ar fi nașterea la termen (care nu constituie un eveniment imprevizibil), de situațiile care trebuie acoperite, cum ar fi cazuri de urgență neașteptate, apărute în timpul sarcinii.

2. Clauza privind măsurile de precauție

Potrivit art. 1842 din Codul civil:

„(1) Clauza unui contract de asigurare instituie măsuri de precauție atunci când cea clauză, formulată ca o obligație sau ca o condiție de plată a indemnizației sau a despăgubirii de către asigurător, cere de la contractant sau de la asigurat, înainte de survenirea cazului asigurat, să îndeplinească sau să se abțină de la anumite acțiuni care nu țin de plata primei de asigurare.

(2) Dacă contractul de asigurare prevede că, în cazul neîndeplinirii măsurii de precauție, asigurătorul are dreptul la rezoluțiunea asigurării, atunci clauza respectivă poate fi invocată doar dacă contractantul sau, după caz, asiguratul nu le-a îndeplinit cu intenția de a cauza prejudiciu ori din culpă gravă, dar cunoscând că există probabilitatea că prejudiciul va surveni. Asigurătorul este decăzut din dreptul la rezoluțiune dacă nu îl exercită în termen de o lună din momentul când a aflat sau apar indicii că măsura de precauție nu a fost îndeplinită.

(3) Dacă contractul de asigurare prevede că, în cazul neîndeplinirii măsurii de precauție, asigurătorul este eliberat total sau parțial de răspundere, atunci clauza respectivă poate fi invocată doar în măsura în care prejudiciul a fost cauzat prin neîndeplinirea ei de către contractant sau, după caz, asigurat cu intenția de a cauza prejudiciu ori din culpă gravă, dacă a cunoscut sau trebuia să cunoască că există probabilitatea că prejudiciul va surveni.

(4) Contractantul sau, după caz, asiguratul are dreptul la indemnizație sau despăgubire de asigurare chiar și când prejudiciul este cauzat prin neîndeplinirea din neglijență a măsurii de precauție. Clauza care exclude răspunderea și în caz de neglijență a contractantului sau, după caz, a asiguratului la neîndeplinirea măsurii de precauție poate fi invocată dacă este exprimată clar.”.

În context, au fost identificate în Condițiile de asigurare de vehicule terestre, altele decât cele feroviare (Clasa 3) clauze de tipul: „În baza prezentelor Condiții de asigurare nu se acordă despăgubiri pentru pagubele produse autovehiculului, unor părți componente sau unor piese ale autovehiculului din cauză că Asiguratul sau utilizatorul și/sau pasagerii din autovehicul nu au întreprins acțiuni dependente de el/ei pentru evitarea producerii riscului asigurat sau pentru a limita pagubele cauzate de producerea acestuia și anume: prin deschiderea portierelor vehiculului în timpul mersului sau pornirii acestuia de pe loc cu portierele deschise; neinclusiunea frânei de mână la oprirea sau staționarea vehiculului.”.

În temeiul art. 1842 din Codul civil, clauza privind măsurile de precauție poate fi opusă asiguratului doar în condițiile expres prevăzute de lege, respectiv, atunci când neîndeplinirea acesteia a fost săvârșită **cu intenția de a cauza prejudiciu sau din culpă gravă**.

Clauza de mai sus **nu prevede expres excluderea răspunderii și în caz de neglijență simplă**, fiind astfel susceptibilă de interpretare contrară dispozițiilor art. 1842 alin. (4) din Codul civil, potrivit cărora **asigurătorul nu poate refuza plata despăgubirii dacă fapta asiguratului a fost comisă din simplă neglijență**.

Recomandare: revizuirea condițiilor de asigurare, în vederea alinierii clauzelor privind măsurile de precauție la dispozițiile art. 1842 din Codul civil, prin:

- 1) formularea explicită și clară a cazurilor în care răspunderea asigurătorului este exclusă;
- 2) eliminarea oricărei posibilități de interpretare prin care neîndeplinirea unei măsuri de precauție din **simplă neglijență** ar conduce la refuzul plății despăgubirii.

3. Efectele rezoluțiunii

Articolul 1850 din Codul civil prevede:

„(1) Asigurătorul declară rezoluțiunea prin declarație față de contractant chiar dacă o altă persoană are calitatea de asigurat sau de beneficiar al asigurării.

(2) În cazul rezoluțiunii asigurării, asigurătorul are dreptul doar la prima care se atribuie perioadei de asigurare care a curs efectiv înainte de data rezoluțiunii. Cu toate acestea, în cazul rezoluțiunii asigurării, asigurătorul păstrează prima pentru întreaga perioadă de asigurare dacă un caz de asigurare s-a produs, iar

asigurătorul datorează despăgubire de asigurare sau, după caz, indemnizație de asigurare.

(3) În cazul în care rezoluțiunea s-a produs din cauza neexecutării fără justificare a obligației uneia din părți, dreptul celeilalte părți la repararea prejudiciului rămîne neafectat. În special, în acest caz, asigurătorul poate cere rambursarea sau, după caz, poate reține cheltuielile de gestiune chiar dacă perioada de asigurare nu a curs ori a fost suspendată, precum și, în condițiile prevăzute la art. 942, poate cere dobîndă de întîrziere sau penalitate asupra sumelor la care are dreptul după rezoluțiune.

(4) Rezoluțiunea asigurării nu stinge obligația asigurătorului aferentă unui caz asigurat produs în interiorul perioadei de asigurare care a curs efectiv înainte de data rezoluțiunii.”.

Din coroborarea dispozițiilor art. 1850 alin. (2) și alin. (3) din Codul civil, rezultă că dreptul asigurătorului de a reține cheltuieli de gestiune este condiționat de existența unei neexecutări culpabile a obligațiilor de către una dintre părți.

Totodată, au fost constatate situații în care, urmare a rezoluțiunii contractelor de asigurare facultativă prin acordul părților, asigurătorii au reținut atât partea de primă aferentă perioadei scurse, cât și cheltuieli de gestiune, deși nu a existat o neexecutare culpabilă a obligațiilor asiguratului.

În situațiile în care rezoluțiunea intervine prin acordul părților, fără existența vreunei culpe a asiguratului, reținerea cheltuielilor de gestiune nu este justificată legal, întrucât temeiul prevăzut la art. 1850 alin. (3) din Codul civil nu este incident speței.

Recomandare: revizuirea practicilor interne, aplicate în cazurile de rezoluțiune a contractelor de asigurare, în scopul:

- 1) eliminării aplicării nejustificate a reținerilor aferente cheltuielilor de gestiune, în cazurile de rezoluțiune prin acordul părților;
- 2) asigurării conformității procedurilor interne cu dispozițiile art. 1850 alin. (2) – (3) din Codul civil.

4. Termene de notificare a cazului asigurat

Articolul 1851 din Codul civil prevede:

„(1) Survenirea cazului asigurat trebuie notificată de îndată asigurătorului de către contractant, asigurat sau, după caz, beneficiar, cu condiția că persoana obligată să facă notificarea cunoștea sau trebuia să cunoască existența acoperirii de asigurare și survenirea cazului asigurat. Obligația se consideră îndeplinită și dacă un terț informează asigurătorul.

(2) Dacă contractul de asigurare cere ca informarea să se facă într-un anumit termen, acesta trebuie să fie rezonabil. Informarea se consideră îndeplinită în termen dacă s-a expediat în interiorul termenului.

(3) Asigurătorul nu poate invoca clauza prin care este eliberat total sau parțial de obligația sa dacă obligația de informare nu a fost îndeplinită în modul corespunzător, decît în măsura în care, prin neexecutare, interesele asigurătorului sînt afectate în mod serios.”.

În conformitate cu dispozițiile legale citate, asigurătorul poate invoca o clauză de exonerare, totală sau parțială, de la plata despăgubirii **numai în măsura în care neîndeplinirea obligației de notificare a afectat, în mod serios, interesele sale legitime**, cum ar fi:

- 1) imposibilitatea verificării circumstanțelor producerii riscului;
- 2) imposibilitatea evaluării prejudiciului;
- 3) imposibilitatea prevenirii extinderii daunelor.

La caz, au **fost identificate condiții de asigurare**, aferente produselor de **asigurare medicală pentru călătorii în străinătate (Clasa 2)**, care prevăd formulări de tipul: „Asigurătorul nu își asumă obligații prin asigurare și nu achită despăgubiri de asigurare în cazul în care Asiguratul/beneficiarul asigurării nu a informat Compania de asistență imediat (dar nu mai târziu de 24 ore), decât doar în limita a *** EUR.”.

Asemenea formulări contravin **prevederilor art. 1851 alin. (3) din Codul civil**, întrucât instituie o **pierdere automată** sau o **limitare arbitrară** a dreptului la despăgubire, fără a evalua efectul real al întârzierii asupra intereselor asigurătorului. Clauzele prin care se condiționează plata despăgubirii de notificarea în termen fix (de ex.: 24 de ore) ori prin care se stabilesc despăgubiri plafonate („în limita a *** EUR”) **sunt neconforme cu legislația civilă**, deoarece introduc o sancțiune automată, neprevăzută de lege, și ignoră principiul proporționalității, fixat de art. 1851 alin. (3) din Codul civil.

Recomandări:

- 1) revizuirea tuturor condițiilor de asigurare în vederea eliminării clauzelor care prevăd limitarea despăgubirii în lipsa notificării în termen fix, acestea urmând a fi înlocuite cu formulări conforme cu art. 1851 din Codul civil;
- 2) în cazurile de notificare tardivă, asigurătorul poate invoca afectarea propriilor interese doar dacă demonstrează, prin mijloace obiective și documentate, că întârzierea a influențat în mod serios posibilitatea de verificare a evenimentului asigurat, de intervenție sau de diminuare a prejudiciului.

5. Termenul legal de plată a despăgubirii

În acord cu articolul 1854 din Codul civil:

„(1) *Prestația asigurătorului este datorată din momentul încheierii activității de investigare și constatare a cazului asigurat și a întinderii obligației asigurătorului. În cazul în care pretenția a fost acceptată, asigurătorul, fără întârziere nejustificată, va plăti sau, după caz, va efectua o altă prestație prevăzută de contract.*

(2) *Dacă investigarea durează mai mult de o lună, asiguratul sau, după caz, beneficiarul asigurării este îndreptățit să ceară un avans corespunzător și proporțional cu obligația probabilă de plată, cu condiția că obligația asigurătorului de a plăti indemnizația sau despăgubirea și mărimea ei nu trezesc îndoieli. Avansul se va plăti fără întârziere nejustificată.*

(3) *Plata indemnizației sau a despăgubirii de asigurare, pe temeiul alin.(1) sau (2), se va face nu mai târziu de o săptămână după acceptarea și cuantificarea pretenției ori, după caz, a părții din ea.*

(4) *Sînt nule înțelegerile prin care asigurătorul se eliberează de obligația plății eventualelor dobînzii de întârziere sau, după caz, a penalităților.*

(5) *Asigurătorul poate compensa primele de asigurare scadente și alte sume datorate lui în baza contractului de asigurare cu sumele care sînt pretinse de la asigurător în temeiul aceluiași contract de asigurare, chiar dacă cel ce pretinde este un terț. Această regulă nu se aplică în cazul asigurării obligatorii de răspundere civilă.”.*

În conformitate cu prevederile art. 1854 alin. (3) din Codul civil, plata indemnizației sau a despăgubirii de asigurare trebuie efectuată **nu mai târziu de o săptămână de la data acceptării și cuantificării pretenției** ori, după caz, a părții acesteia. Acest termen are caracter **imperativ și maximal**, neputînd fi extins prin acordul părților sau prin actele interne ale asigurătorului.

Urmare a analizei condițiilor de asigurare, aferente contractelor de asigurare facultativă, s-a constatat că, **contrar prevederilor legale**, unele clauze stabilesc

termene de plată a despăgubirii sau a indemnizației de asigurare **mai mari decât cele** statuate **la art. 1854 alin. (3)** din Codul civil. De ex.: „*Despăgubirea de asigurare se plătește în termen de 7 zile lucrătoare / 10 zile de la data finalizării investigațiilor.*”.

Recomandare: revizuirea și ajustarea condițiilor generale și speciale ale produselor de asigurare, în scopul eliminării prevederilor contrare dispozițiilor legale și introducerii unei formulări conforme cu art. 1854 din Codul civil.

6. Clauza de despăgubire proporțională

Potrivit articolului 1870 din Codul civil:

„(1) *Asigurătorul este ținut să despăgubească întregul prejudiciu asigurat în limita sumei asigurate chiar dacă suma asigurată este mai mică decât valoarea bunului asigurat la momentul survenirii cazului asigurat.*

(2) *Cu toate acestea, părțile pot conveni ca despăgubirea datorată de asigurător să se reducă proporțional raportului dintre suma asigurată și valoarea efectivă a bunului la momentul producerii prejudiciului (clauză de despăgubire proporțională). În acest caz, cheltuielile de diminuare a prejudiciului prevăzute la art.1863 se vor rambursa în aceeași proporție.*

(3) *Clauza de despăgubire proporțională poate fi invocată doar dacă asigurătorul a menționat suplimentar în textul poliței de asigurare existența ei.*”.

În temeiul art. 1868 și art. 1870 alin. (1) din Codul civil, se instituie regula generală, potrivit căreia asigurătorul este obligat să despăgubească întregul prejudiciu asigurat, în limita sumei asigurate, chiar dacă această sumă este inferioară valorii reale a bunului asigurat la momentul producerii riscului asigurat.

Această normă are **caracter imperativ** și constituie o **garanție în favoarea asiguratului**, consacrand dreptul acestuia de a obține integral prejudiciul asigurat (până la limita sumei asigurate) și, în același timp, stabilind o obligație corelativă a asigurătorului.

Prin urmare, aplicarea art. 1870 alin. (1) din Codul civil **nu este condiționată** de existența unei subasigurări formale sau declarate, ci se aplică **ori de câte ori** survine cazul asigurat, iar suma asigurată este egală sau mai mică decât valoarea bunului, indiferent de intenția ori strategia contractuală a părților.

Clauza de despăgubire proporțională, prevăzută la art. 1870 alin. (2) și alin. (3) din Codul civil, poate fi aplicată **numai dacă** sunt îndeplinite, cumulativ, următoarele condiții:

- 1) părțile au convenit expres includerii unei asemenea clauze;
- 2) modalitatea de calcul al proporționalității și elementele formulei sunt determinate explicit;
- 3) existența clauzei este **menționată suplimentar și distinct** în textul poliței de asigurare.

În cadrul analizei efectuate asupra condițiilor generale și speciale, aferente unor produse de asigurare facultativă, s-a observat că **anumite clauze** prevăd: „*În cazul daunelor parțiale, dacă Asiguratul sau Beneficiarul a primit despăgubiri (una sau mai multe) ce depășesc 25% din suma asigurată inițială și nu a reîntregit această sumă, atunci suma despăgubirilor ulterioare se va calcula corespunzător proporției dintre suma asigurată rămasă și suma asigurată inițială.*”.

O asemenea formulare instituie, în mod expres, o limitare a obligației asigurătorului pentru despăgubirile viitoare și introduce o regulă proporțională de calcul în funcție de suma asigurată rămasă.

Stabilirea unui prag convențional (de ex.: 25% din suma asigurată inițială) pentru activarea clauzei de despăgubire proporțională nu este, prin ea însăși, contrară Codului civil, însă, pentru a produce efecte juridice, este necesar ca această clauză să fie menționată, expres și vizibil, în polița de asigurare.

În practică, s-a constatat că aceste clauze sunt adesea incluse numai în condițiile generale, fără mențiune distinctă în poliță, ceea ce contravine prevederilor art. 1870 alin. (3) din Codul civil.

Recomandări:

- 1) revizuirea documentației contractuale, aferente produselor de asigurare facultativă;
- 2) asigurarea mențiunii exprese, distincte și lizibile, în polița de asigurare a oricărei clauze de despăgubire proporțională, în cazul în care aceasta este practică;
- 3) excluderea aplicării clauzelor proporționale, care nu respectă cerințele art. 1870 alin. (3) din Codul civil.

Prin prezenta, CNPF consemnează că are drept obiectiv aplicarea uniformă și conformă a prevederilor legislației civile în domeniul asigurărilor, în vederea protejării intereselor asiguraților și consolidării încrederii în piața de asigurări.

În această ordine de idei, CNPF reiterează importanța respectării prevederilor legale în materie de asigurări și încurajează asigurătorii să asigure transparența, echitatea și tratamentul corect al consumatorilor de servicii de asigurare.

Cu respect,

Dumitru BUDIANSCHI,
PREȘEDINTE