

Condițiile Specifice ale Asigurării suplimentare în caz de diagnosticare cu cancer (CAN)

Exemplarul clientului

Am primit condițiile contractuale:

Nume _____ Semnătura _____ Data primirii _____

Capitole

Prevederi introductive	pag. 1
Evenimente asigurate acoperite	pag. 1
Beneficiul suplimentar	pag. 2
Producerea și anunțul Evenimentului asigurat	pag. 2
Perioada de așteptare	pag. 3
Situații în care nu se plătește Indemnizația de asigurare și/sau Beneficiul suplimentar	pag. 3
Indemnizația de maturitate	pag. 3
Începerea și valabilitatea Asigurării suplimentare	pag. 3
Plata primelor de asigurare	pag. 4
Protecția împotriva inflației	pag. 4
Modificarea Sumei asigurate	pag. 4
Încetarea Asigurării suplimentare	pag. 5
Prevederi finale	pag. 5
Glosar	pag. 6
Anexa	pag. 7

Prevederi introductive

Asigurarea suplimentară pentru diagnosticarea cancerului (în continuare „Asigurarea Suplimentară”) a Societății NN Asigurări de Viață S.A. este guvernată de prezentele Condiții Specifice de Asigurare, care formează parte integrantă a Contractului de Asigurare.

Încheierea prezentei Asigurări suplimentare este condiționată de încheierea Contractului de Asigurare la care Asigurătorul permite atașarea acesteia.

Condițiile Specifice ale prezentei Asigurări Suplimentare pentru diagnosticarea cancerului se completează cu dispozițiile Condițiilor Contractuale Generale ale Contractului de Asigurare, precum și cu Condițiile Specifice ale Contractului de Asigurare la care se atașează prezenta Asigurare Suplimentară, valabile la data semnării contractului de asigurare sau la data atașării Asigurării Suplimentare la Contractul de asigurare.

Evenimente asigurate acoperite

1. Diagnosticarea cu carcinom in situ

Carcinomul in situ este o formă incipientă de cancer ce nu depășește membrana bazală a țesutului de origine și, prin urmare, nu invadează țesutul înconjurător. Termenul de carcinom in situ în acest context nu include:

- tumorile cu descriere histologică de tip benign, premalign sau borderline. Tumorile borderline/premaligne sunt tumori formate din celule care nu pot fi considerate maligne în proporție de 100%, dar pot evolua în acest sens;
- orice cancer de piele in stadiu in situ.

Indemnizația de asigurare pentru acest eveniment asigurat constă în plata unei sume egale cu un procent de 25% din suma asigurată a Asigurării suplimentare pentru diagnosticarea cancerului.

Aceasta indemnizație se va plăti pentru fiecare diagnosticare primară cu carcinom in situ, cu respectarea prevederilor prezentelor Condiții contractuale, pe baza următoarelor documente:

- raportul histopatologic efectuat în urma biopsiei, care confirmă stadializarea in situ a carcinomului;
- raportul medicului specialist (oncolog, ginecolog, chirurg, neurochirurg etc.) care stabilește diagnosticul sau copia biletului de externare;
- copia fișei medicale din evidența medicului de familie care confirmă istoricul medical al Asiguratului - fiecare pagină trebuie să fie numerotată, parafată și semnată în original, pentru conformitate;
- alte documente medicale cerute de Asigurător cu privire la istoricul medical, data apariției primelor simptome ale afecțiunii și data diagnosticării acesteia.

După plata acestei Indemnizații, Asigurarea suplimentară continuă sa rămână în vigoare, dacă Contractantul continuă să plătească primele aferente Contractului de asigurare. Pentru acordarea Indemnizației pentru un nou Eveniment asigurat ce constă în diagnosticarea cu carcinom in situ, este necesar raportul medicului specialist care confirmă noua diagnosticare a carcinomului in situ și rezultatul unui nou raport histopatologic și al testului de imunohistochimie care evidențiază un nou carcinom primar diferit de cel diagnosticat anterior.

2. Diagnosticarea cu cancer

Cancerul reprezintă o tumoră malignă caracterizată prin creșterea necontrolată a celulelor maligne care invadează și distrug țesuturile din jur. Termenul cancer include leucemia, limfomul, sarcomul și boala Hodgkin.

Diagnosticul de cancer implică un tratament chirurgical, radioterapeutic sau/și polichimioterapeutic. Diagnosticul trebuie confirmat printr-un raport histopatologic în cazul tumorilor solide sau alte investigații specifice care să

evidențieze prezența celulelor maligne de către un medic specialist (anatomopatolog/hematolog/imunolog). Termenul de cancer în acest context nu include:

- toate tumorile cu descriere histologică de tip benign, premalign, borderline, cu potențial malign redus sau non-invazive;
- toate formele de cancer de piele, cu excepția melanomului malign, începând cu stadiul 1;
- orice tumoră malignă în stadiul in situ cu excepția carcinomului in situ, așa cum este definit la punctul 1, de mai sus.

Indemnizația de asigurare pentru acest Eveniment asigurat constă în plata Sumei asigurate a Asigurării suplimentare pentru diagnosticarea cancerului în procent de 100%, o singură dată pe durata de valabilitate a acesteia.

Această indemnizație se va plăti, cu respectarea prevederilor prezentelor Condiții contractuale, pe baza următoarelor documente:

- raportul medicului specialist (oncolog, hematolog, ginecolog, chirurg, neurochirurg etc.) care stabilește diagnosticul sau copia biletului de externare;
- examenul histopatologic și testele imunohistochimice care confirmă diagnosticul și stadializarea;
- copia fișei medicale din evidența medicului de familie care confirmă istoricul medical al Asiguratului - fiecare pagină trebuie să fie numerotată, parafată și semnată în original, pentru conformitate;
- alte documente medicale cerute de Asigurător cu privire la istoricul medical, data apariției primelor simptome ale afecțiunii și data diagnosticării acesteia.

După plata acestei Indemnizații Asigurarea suplimentară încetează, fără a se mai despăgubi ulterior alte Indemnizații sau Beneficii pentru efectuarea investigațiilor medicale și fără obligația contractantului de a mai plăti prime pentru această Asigurare suplimentară.

3. Beneficiul suplimentar

Este reprezentat de **Beneficiul pentru efectuarea investigațiilor medicale** pentru diagnosticarea carcinomului in situ sau a cancerului (denumit în continuare Beneficiu). Beneficiul poate fi solicitat doar după efectuarea următoarelor investigații pentru confirmarea sau infirmarea diagnosticului de cancer sau carcinom in situ: computer tomograf (CT), rezonanță magnetică nucleară (RMN), tomografie cu emisie pozitronică (PET-CT), tomografia cu emisie de fotoni individuali (SPECT-CT), puncție, biopsie și examen histopatologic aferent.

Beneficiul constă în plata unei sume egale cu un procent de 80% din valoarea costului achitat de Asigurat pentru investigațiile enumerate, în limitele acceptate de Asigurător. Pentru plata acestui beneficiu, valoarea costurilor achitate de Asigurat trebuie să fie de minim 650 de lei și maxim 25.000 lei.

Plata Beneficiului este limitată la 20.000 lei pentru fiecare an contractual al Asigurării suplimentare.

Pe întreaga durată a Asigurării Suplimentare, Asigurătorul își rezervă dreptul de a modifica limitele de despăgubire atunci când există o variație semnificativă a costurilor pentru investigații. Limitele în care costurile pot fi despăgubite sunt disponibile prin prezentele Condiții Contractuale, iar părțile

convin că orice actualizare/modificare a acestor limite să fie disponibilă pe pagina de internet a NN Asigurări de Viață S.A.

Prin semnarea prezentelor Condiții Contractuale, Asiguratul și Contractantul asigurării sunt de acord că orice actualizare/modificare a valorii minime sau maxime de la care sunt acoperite costurile pentru investigațiile medicale să fie comunicată prin intermediul paginii de internet a NN Asigurări de Viață S.A, la adresa www.nn.ro/documente-asigurari.

Pentru acordarea Beneficiului este necesară evaluarea următoarelor documente, cu respectarea prevederilor prezentelor condiții contractuale:

- rezultatele investigațiilor pentru care Asiguratul solicită Beneficiul;
 - rezultatul consultului de specialitate (de exemplu, oncologie, hematologie, chirurgie, ginecologie, neurochirurgie, etc.) cu descrierea simptomatologiei clinice și rezultatele investigațiilor medicale de rutină (test Babeș-Papanicolau, test HPV, PSA, ecografii, analize de sânge etc.) care să susțină necesitatea medicală a efectuării investigațiilor enumerate mai sus;
 - copii ale facturilor cu care au fost plătite procedurile de efectuare a puncțiilor, a biopsiilor, a investigațiilor (pot fi mai multe facturi). Pentru stabilirea beneficiului de plată vor fi luate în calcul costul procedurilor medicale ce constau în puncție sau biopsie, costul anesteziei aferente acestora, costul examenului histopatologic aferent biopsiei sau puncției, costul tomografiei, RMN-ului, SPECT-CT, PET-CT-ului. Nu se vor lua în calculul beneficiului de plată, costul spitalizării, al intervenției chirurgicale prin care este excizată tumora sau organul afectat și costul examenului anatomopatologic extemporaneu și la parafină efectuate în timpul/după intervenția chirurgicală care reprezintă tratamentul chirurgical al cancerului sau al carcinomului in situ.
- Plata Beneficiului poate fi solicitată chiar dacă investigațiile efectuate nu au confirmat diagnosticul de cancer sau carcinom in situ.

Producerea și anunțul Evenimentului asigurat

În cazul în care, pe perioada de valabilitate a Asigurării Suplimentare, Asiguratul este diagnosticat cu carcinom in situ sau cu cancer, așa cum sunt acestea definite mai sus, Asigurătorul va plăti Asiguratului, în conformitate cu prevederile Contractului de asigurare, Indemnizația de asigurare specifică, așa cum este descrisă în capitolul „Evenimente asigurate acoperite”.

Dacă Evenimentul asigurat ce constă în diagnosticarea cu cancer este urmat de plata Indemnizației de asigurare, primele de asigurare plătite de Contractant, aferente prezentei Asigurării suplimentare și încasate după data producerii Evenimentului asigurat, vor fi returnate Contractantului, fără a fi purtătoare de dobândă.

Beneficiarul Asigurării Suplimentare pentru diagnosticarea cancerului este Asiguratul. În cazul în care acesta decedează în urma diagnosticării cu cancer sau cu carcinom in situ, Indemnizația de asigurare va fi plătită beneficiarilor în caz de deces, desemnați în Contractul de asigurare.

Asigurătorul trebuie anunțat în scris, prin serviciile poștale sau de curierat sau la adresa de email EvenimenteAsigurate@nn.ro, în cel mult 45 de zile de la data producerii Evenimentului asigurat despre acest lucru, altfel, Asigurătorul poate refuza plata Indemnizației de asigurare.

În cazul în care documentele medicale sunt furnizate de instituții medicale din afara țării, Asiguratul are obligația să pună la dispoziția Asigurătorului pe lângă documentele originale și traducerea legalizată a acestora. Evenimentul asigurat este acoperit numai dacă asigurarea este valabilă la data producerii acestuia.

Asigurătorul va aprecia întinderea obligației de plată a Indemnizației de plată în funcție de rezultatele investigațiilor pe care le efectuează în condițiile prezentei Asigurări Suplimentare și numai după ce s-a stabilit cu certitudine producerea Evenimentului asigurat. Indemnizația de asigurare este plătită în termen de 30 (treizeci) de zile de la data la care dosarul de daună este complet, fiind deus la Asigurător.

Dacă de la data solicitării de către Asigurător a documentelor medicale necesare pentru evaluarea Evenimentului asigurat trece o perioadă mai mare de 90 (nouăzeci) de zile calendaristice, Asigurătorul va închide dosarul de daună cu refuz de plată datorat lipsei de documente. În cazul în care Asiguratul va furniza documentele solicitate ulterior termenului de 90 (nouăzeci) de zile calendaristice, Asigurătorul va redeschide dosarul de daună în vederea reevaluării Evenimentului asigurat. Acoperirea oferită de prezenta Asigurare Suplimentară este valabilă atât pe teritoriul României, cât și în afara acestuia.

Perioada de așteptare

Perioada de așteptare pentru Evenimentele asigurate

Prezenta asigurare include o Perioadă de așteptare de 90 (nouăzeci) de zile calendaristice, interval în care Asigurătorul nu va acoperi Evenimentul asigurat ce constă în diagnosticarea, în acest interval, cu carcinom in situ sau cancer.

Perioada de așteptare se calculează astfel:

- (a) de la Data de încheiere a Cererii de asigurare, în cazul în care Asigurarea Suplimentară a fost contractată simultan cu încheierea Contractului de asigurare;
- (b) de la data începerii valabilității Asigurării Suplimentare, în cazul în care Asigurarea Suplimentară a fost contractată ulterior încheierii Contractului de asigurare;
- (c) de la data majorării sumei asigurate pentru diferența de sumă asigurată majorată.

Perioada de așteptare pentru Beneficiul suplimentar

Prezenta asigurare include o Perioadă de așteptare de 90 (nouăzeci) de zile calendaristice, interval în care Asigurătorul nu va plăti Beneficiul pentru efectuarea investigațiilor medicale întreprinse în această perioadă.

Perioada de așteptare se calculează astfel:

- (a) de la Data de încheiere a Cererii de asigurare, în cazul în care Asigurarea Suplimentară a fost contractată simultan cu încheierea Contractului de asigurare;

(b) de la data începerii valabilității Asigurării Suplimentare, în cazul în care Asigurarea Suplimentară a fost contractată ulterior încheierii Contractului de asigurare.

Situații în care nu se plătește Indemnizația de asigurare și/sau Beneficiul suplimentar

- (a) În situația solicitării Indemnizației de asigurare pentru diagnosticare ce nu se încadrează în definițiile carcinomului in situ și/sau a cancerului, descrise în capitolul "Evenimente asigurate acoperite", alineatele 1 și 2;
- (b) Existența unor afecțiuni diagnosticate sau care s-au manifestat clinic înainte de semnarea cererii de asigurare, care nu au fost declarate în cererea de asigurare și care ar fi dus la neacordarea Asigurării suplimentare sau acordarea acesteia în alte condiții;
- (c) Existența unei afecțiuni care a cauzat evenimentul asigurat și care a survenit ca urmare a agravării unei afecțiuni pre-existente datei semnării cererii de asigurare și nedecarată în Cererea de asigurare;
- (d) Diagnosticarea carcinomului in situ sau a cancerului și efectuarea investigațiilor medicale pentru investigarea carcinomului in situ sau a cancerului efectuate în perioada de așteptare de 90 de zile;
- (e) Investigațiile medicale pentru diagnosticarea carcinomului in situ sau a cancerului care nu sunt enumerate în capitolul "Beneficiul suplimentar";
- (f) În cazul decesului Asiguratului în perioada de așteptare, Asigurătorul este exonerat de plata Indemnizației de asigurare;
- (g) În situația în care Contractantul și/sau Asiguratul vor furniza declarații false sau informații incomplete, Asigurătorul nu va plăti nicio Indemnizație de asigurare și/sau Beneficiu suplimentar și nicio altă pretenție, indiferent de natura acesteia, cum ar fi restituirea primelor de asigurare deja plătite până la data rezilierii Asigurării suplimentare;
- (h) În cazul în care documentele depuse de Contractant și/sau Asigurat cu privire la Evenimentul asigurat produs sau la solicitarea Beneficiului suplimentar prezintă semne de alterare (spre exemplu, dar fără a se limita la: ștersături, modificări, completări), Asigurătorul își rezervă dreptul de a suspenda plata Indemnizației de asigurare și a Beneficiului suplimentar și de a face propriile investigații cu privire la condițiile producerii Evenimentului asigurat. În funcție de rezultatul acestor investigații, Asigurătorul poate solicita Contractantului și/ sau Asiguratului informații/documente suplimentare cu privire la producerea Evenimentului asigurat sau poate refuza plata indemnizației de asigurare.

Indemnizația de maturitate

Indemnizația de maturitate se acordă în cazul în care, până la data expirării duratei Asigurării Suplimentare, nu a fost despăgubit nici un eveniment asigurat ce constă în diagnosticarea cu cancer pe parcursul derulării acoperirii Asigurării Suplimentare și dacă nu există prime restante la data expirării asigurării suplimentare. Cu 45 de zile înainte de data de expirare a acesteia, Contractantul va fi notificat în scris de către Asigurător cu privire la cuantumul indemnizației de maturitate pe care o va primi. Aceasta va consta în 30% din valoarea primelor plătite aferente prezentei Asigurări Suplimentare.

După ce Asigurătorul a efectuat plata indemnizației de maturitate, Asiguratul nu va mai putea revendica beneficiul suplimentar sau indemnizației de asigurare pentru niciun eveniment asigurat anterior și neanunțat.

Începerea și valabilitatea Asigurării suplimentare

Asigurarea suplimentară este considerată valabilă în condițiile în care primele de asigurare ale contractului de asigurare sunt plătite la zi sau contractul se află în perioada de grație.

În funcție de situațiile precizate mai jos, prezenta Asigurare Suplimentară intră în vigoare la momente diferite astfel:

(a) **La data intrării în vigoare a Contractului de asigurare.** În cazul în care, prin Cererea de asigurare, Contractantul asigurării a optat și pentru contractarea prezentei Asigurări Suplimentare, aceasta intră în vigoare simultan cu Contractul de asigurare;

(b) **La Aniversarea Contractului de asigurare.** Ulterior încheierii Contractului de asigurare, prezenta Asigurare Suplimentară poate fi atașată acestuia și intră în vigoare la ora 0:00 a datei Aniversării Contractului de asigurare, dacă sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:

- i. prima aferență ultimei scadențe din anul respectiv de asigurare a fost plătită integral în termenul menționat pe poliță;
- ii. Contractantul își manifestă în scris, prin completarea unei Cereri ulterioare de asigurare, intenția contractării prezentei Asigurări Suplimentare, care trebuie comunicată Asigurătorului cu cel puțin 15 (cincisprezece) zile calendaristice înainte de respectiva Aniversare a Contractului de asigurare;
- iii. Asigurătorul a evaluat și acceptat riscurile aferente prezentei Asigurări Suplimentare.

(c) **La data repunerii în vigoare a Contractului de asigurare.** În situația în care Contractul de asigurare a fost reziliat sau transformat în contract liber de plata primelor, repunerea în vigoare se va face în conformitate cu prevederile articolelor din Condițiile Generale ale Contractului de Asigurare referitoare la repunerea contractului în vigoare, începând cu ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei creditării contului Asigurătorului cu contravaloarea integrală a tuturor primelor de asigurare datorate.

Durata minimă de contractare a prezentei Asigurări Suplimentare este de 5 (cinci) ani. Vârsta maximă până la care durează acoperirea prin prezenta Asigurare Suplimentară este de 65 (șaizecișcinci) de ani pentru Asigurat.

Vârsta Asiguratului la momentul încheierii prezentei Asigurări Suplimentare nu poate fi mai mică de 16 (șaisprezece) ani și nici mai mare de 60 (șaizeci) de ani.

Data expirării Asigurării Suplimentare este prevăzută ca atare în cadrul Poliței de asigurare.

Plata primelor de asigurare

Primele corespunzătoare acestei Asigurări Suplimentare se vor plăti în aceeași monedă ca și primele eşalonate aferente Contractului de asigurare, respectându-se frecvența și modalitatea de plată stabilită în Contract.

Primele se plătesc pe întreaga durată de valabilitate a Asigurării Suplimentare și se calculează în funcție de Suma asigurată și vârsta Asiguratului. Nivelul primelor se modifică

la fiecare Aniversare a contractului de asigurare, în funcție de vârsta curentă a Asiguratului.

Asigurătorul își rezervă dreptul de a modifica ratele de primă atunci când există o variație semnificativă de apariție a Evenimentului asigurat față de cea asumată la momentul calculării ratelor de primă în vigoare. Noile rate de primă vor intra în vigoare de la următoarea dată aniversară a contractului de asigurare. Noua rată de primă va fi comunicată Contractantului asigurării prin scrisoarea de adaptare la inflație trimisă cu 45 de zile înaintea aniversării contractului de asigurare.

Contractantul asigurării beneficiază de un termen de grație în vederea efectuării plății primelor de asigurare eşalonate de 30 (treizeci) de zile calendaristice în conformitate cu prevederile articolelor din Condițiile Contractuale Generale.

Protecția împotriva inflației

Cu cel mult 45 de zile înainte de fiecare aniversare a Datei de încheiere a Cererii de asigurare, Contractantul asigurării are dreptul de a opta pentru majorarea Sumei asigurate cu procentul de adaptare la inflație și, în consecință, majorarea primei de asigurare, cu o valoare ale cărei limite minime și maxime sunt stabilite de către Asigurător în funcție de evoluția ratei inflației. În această situație nu este necesară din partea Asigurătorului o reevaluare a riscului.

Indiferent dacă Contractantul a optat pentru majorarea sumei asigurate cu procentul de adaptare la inflație sau dacă a refuzat adaptarea la inflație, prima de asigurare va lua în calcul noua vârstă a Asiguratului. Dreptul la opțiunea de mărire a Sumei asigurate și a primei de asigurare este valabil atât timp cât este valabil și pentru Contractul de asigurare.

Modificarea Sumei asigurate

Contractantul asigurării are dreptul să mărească Suma asigurată în orice moment cu excepția primului an contractual al Asigurării suplimentare. Pentru acceptarea majorării Sumei asigurate, în alte condiții decât cele prezentate în capitolul „Protecția împotriva inflației”, este necesară o reevaluare a riscului, în conformitate cu regulile Asigurătorului aplicabile la data solicitării. În acest scop, Asigurătorul va solicita documentele și informațiile necesare verificării aspectelor menționate în articolele din Condițiile generale referitoare la încheierea Cererii de Asigurare. Ca urmare a reevaluării riscurilor, este posibil ca Asigurătorul să nu accepte majorarea Sumei asigurate sau să o accepte în alți termeni dacă riscurile acoperite sau condițiile de acordare a asigurării s-au modificat față de data ultimei evaluări. Noua sumă asigurată nu poate depăși suma asigurată maximă, stabilită de către Asigurător, aplicabilă la data creșterii. Mărirea sumei asigurate determină, în același timp, și o creștere corespunzătoare a Primei de asigurare. Contractantul asigurării va fi informat de Asigurător despre detaliile creșterii de primă calculate.

Contractantul asigurării are dreptul de a reduce Suma asigurată în orice moment, cu excepția primului an contractual al Asigurării suplimentare. Noua Sumă asigurată nu poate fi mai mică decât Suma asigurată minimă, stabilită de către Asigurător, aplicabilă la data reducerii. Reducerea

Sumei asigurate determină, în același timp, și o reducere corespunzătoare a Primei de asigurare.

În cazul în care Contractantul asigurării și Asiguratul sunt persoane diferite, Contractantul asigurării se obligă să furnizeze consimțământul scris al Asiguratului asupra modificărilor de Sumă asigurată.

Schimbările produse într-în vigoare după și dacă au fost acceptate de Asigurător la data următoarei scadențe, cu condiția plății la zi a contractului.

Încetarea Asigurării suplimentare

Prezenta Asigurare Suplimentară își încetează efectele de plin drept, fără a mai fi necesară îndeplinirea vreunei alte formalități, somații, proceduri etc. și fără intervenția vreunei instanțe judecătorești, în următoarele situații:

(a) în condițiile prevăzute la art. 5 al Condițiilor Contractuale Generale ale Contractului de asigurare;

(b) la data expirării duratei Asigurării Suplimentare, prevăzută ca atare în cadrul Poliței de asigurare, fără ca Asigurătorul să plătească Indemnizația de asigurare aferentă Evenimentului asigurat de diagnosticare a cancerului;

(c) la data transformării Contractului de asigurare într-un Contract liber de plata primelor;

(d) la data încetării Contractului de asigurare la care a fost atașată Asigurarea Suplimentară, în conformitate cu prevederile Condițiilor Specifice aferente Contractului de asigurare;

(e) la cererea expresă a Contractantului Asigurării, prin aplicarea corespunzătoare a prevederilor articolelor Condițiilor Contractuale Generale ale Contractului de asigurare, referitoare la încetarea Contractului de Asigurare;

(f) la data împlinirii de către Asigurat a vârstei de 65 de ani;

(g) la data decesului Asiguratului;

(h) după refuzul acordării Indemnizației de asigurare în cazul unui Eveniment asigurat ce constă în diagnosticarea cu cancer sau cu carcinom in situ produs în Perioada de așteptare. În acest caz, Asigurătorul va rezilia unilateral prezenta Asigurare Suplimentară și va plăti prima nefolosită;

(i) în urma producerii Evenimentului asigurat ce constă în diagnosticarea cu cancer, urmat de plata Indemnizației de asigurare. Data încetării este data producerii Evenimentului asigurat.

Prevederi finale

Toate plățile la care Asigurătorul se obligă în conformitate cu prevederile Asigurării Suplimentare se vor face de către acesta în lei. Plățile se vor face conform legislației financiar-fiscale în vigoare la data efectuării plăților.

Pentru prezenta Asigurare suplimentară nu se acordă Participare la profit sau Valoare de răscumpărare.

Prezentele Condiții Specifice ale Asigurării Suplimentare pentru diagnosticarea cancerului sunt aplicabile de la data 14.01.2019 și se vor aplica asigurărilor suplimentare încheiate după această dată.

Anna Grzelonska
Director General



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

Adina Murariu
Director Operațiuni



Glosar

Afecțiune medicală/Boală	Modificare organică sau funcțională a stării normale de sănătate a Asiguratului, diagnosticată de un medic de specialitate și care necesită tratament medical.
Afecțiune/Boală pre-existentă	Orice leziune, boală sau consecințele acestora, de care Asiguratul a suferit, ale cărei semne/simptome/manifestări obiective au apărut înaintea datei de intrare în vigoare a Asigurării suplimentare/datei la care Asigurarea Suplimentară a fost atașată contractului/datei la care s-a efectuat creșterea de sumă asigurată solicitată de contractant, indiferent dacă Asiguratul a solicitat, i-a fost recomandat sau a urmat tratament prescris de un medic.
Beneficiar	Persoana căreia îi va fi plătită Indemnizația de asigurare în urma producerii Evenimentului asigurat, respectiv: 1. În ceea ce privește prezenta Asigurare Suplimentară, Beneficiar este Asiguratul. 2. Dacă, după producerea evenimentului asigurat, Asiguratul nu a solicitat plata Indemnizației de Asigurare, iar între timp Asiguratul a decedat, beneficiarul asigurării este persoana desemnată în scris de către Contractant în cadrul Contractului de asigurare (cu excepția cesionarului - bancă comercială, în cazul cesiunii contractului de asigurare) sau moștenitorii legali ai persoanei asigurate.
Data maturității	Data expirării prezentei Asigurări Suplimentare.
Diagnostic	Identificarea, pe baza datelor clinice și paraclinice, a unei Îmbolnăviri/Afecțiuni. Diagnosticul poate fi stabilit numai de un medic specialist cu autorizare de liberă practică și competență recunoscută în domeniu de către instituțiile abilitate.
Eveniment asigurat	Diagnosticarea Asiguratului cu carcinom in situ sau cu cancer, așa cum este specificat în cuprinsul prezentelor Condiții Specifice, ulterior intrării în vigoare a Asigurării Suplimentare. Efectuarea următoarelor investigații, pentru confirmarea sau infirmarea diagnosticului uneia dintre afecțiunile enumerate anterior: examen computer tomograf (CT), rezonanță magnetică nucleară (RMN), tomografie cu emisie pozitronică (PET-CT), tomografie cu emisie de fotoni individuali (SPECT-CT), puncție, biopsie și examen histopatologic aferent.
Indemnizație de maturitate	Suma plătită de către Asigurător, Contractantului, la data maturității prezentei Asigurări Suplimentare, dacă până la aceasta nu a avut loc niciun eveniment asigurat ce constă în diagnosticare cu cancer.
Necesitate medicală	Nevoia efectuării unor servicii medicale adecvate evaluării și tratării unei boli sau unei condiții medicale, care sunt în conformitate cu standardele de îngrijire aplicabile de entitățile medicale pentru investigații și tratament, acceptate în literatura medicală de specialitate ca fiind sigure și eficiente în tratarea sau diagnosticarea bolii sau condiției medicale respective.
Suma asigurată	Suma prevăzută în cadrul Contractului de asigurare, aferentă Asigurării suplimentare în caz de diagnosticare cu cancer, plătită în conformitate cu prevederile prezentelor Condiții specifice în cazul producerii Evenimentului asigurat.

Definiții

Carcinomul in situ este o formă incipientă de cancer ce nu depășește membrana bazală a țesutului de origine și, prin urmare, nu invadează țesutul înconjurător. Termenul de carcinom in situ în acest context nu include:

- tumorile cu descriere histologică de tip benign, premalign sau borderline. Tumorile borderline/premaligne sunt tumori formate din celule care nu pot fi considerate maligne în proporție de 100%, dar pot evolua în acest sens;
- orice cancer de piele în stadiu in situ.

Cancerul reprezintă o tumoră malignă caracterizată prin creșterea necontrolată a celulelor maligne care invadează și distrug țesuturile din jur. Termenul cancer include leucemia, limfomul, sarcomul și boala Hodgkin.

Diagnosticul trebuie confirmat de un medic specialist (anatomopatolog/hematolog/imunolog) printr-un raport histopatologic în cazul tumorilor solide sau alte investigații specifice care să evidențieze prezența celulelor maligne.

Diagnosticul de cancer implică un tratament chirurgical, radioterapic sau/și polichimioterapic. Termenul de cancer în acest context nu include:

- toate tumorile cu descriere histologică de tip benign, premalign, borderline, cu potențial malign redus sau non-invazive;
- toate formele de cancer de piele, cu excepția melanomului malign, începând cu stadiul 1, orice tumoră malignă în stadiul in situ cu excepția carcinomului in situ, așa cum este definit la punctul 1 al capitolului „Evenimente asigurate acoperite”.

Explicații care ne ajută să înțelegem diagnosticul

Carcinomul este cel mai frecvent tip de cancer. Se formează în țesutul epitelial al pielii sau în țesuturile care acoperă sau căptușesc organele interne.

Carcinomul in situ este o formă de cancer incipient în care celulele canceroase/ maligne nu s-au răspândit la celulele sau țesuturile învecinate, sănătoase. În termeni medicali, acest lucru înseamnă că celulele canceroase nu au depășit epitelul organului în care au apărut.

Histologia reprezintă studiul microscopic al celulelor și țesuturilor.

Descrierea histologică se realizează prin examenul histopatologic.

Examenul histopatologic este examenul microscopic al țesutului considerat bolnav/al tumorii, în vederea diagnosticării de certitudine al acestuia.

De ce nu acoperim orice formă de cancer de piele în stadiu in situ?

Această categorie de tumori prezintă un potențial ridicat de recuperare totală și fără șanse de recidivă, iar comparativ cu un carcinom in situ cu situare la nivelul organelor interne sau orice cancer în stadiu avansat costurile de tratament sunt mai mici. În schimb, dacă evoluția tumorii va fi nefavorabilă și va invadea alte organe, afecțiunea va fi acoperită de această asigurare suplimentară.

Termenul **cancer** reprezintă un grup de aproape 200 de boli ce afectează diferite părți ale corpului. Toate au o caracteristică comună, înmulțirea și răspândirea necontrolată a unor celule anormale care invadează țesuturile și organele sănătoase.

Cancerul este denumit după țesutul sau organul unde s-a declanșat:

- cancerile care își au originea în celulele epiteliale, care intră în alcătuirea pielii și mucoaselor se numesc CARCINOAME;
- cancerile care își au originea în celulele țesutului conjunctiv, care intră în alcătuirea oaselor, cartilajelor, mușchilor etc. se numesc SARCOAME;
- LEUCEMIA este un cancer al celulelor sângelui, care sunt produse în măduva osoasă.
- LIMFOAMELE sunt cancer care încep în sistemul limfatic, o rețea de vase și glande care ajută la lupta împotriva infecțiilor.

Biopsia este o mostră de țesut prelevată de la nivelul unui organ în vederea examinării microscopice. Se efectuează biopsii în foarte multe afecțiuni, nu numai în cancer, însă în cazul acesteia, biopsia se va efectua prin prelevarea unei porțiuni de țesut de la nivelul tumorii. În alte patologii în care apar modificări anormale sau creșteri de mase tumorale se efectuează biopsie tot la nivelul zonei modificate. De exemplu, se efectuează biopsii hepatice pentru a pune în evidență prezența hepatitei. După biopsie, mostra de țesut este trimisă către laboratorul de anatomopatologie în vederea examinării microscopice a acesteia.

Puncția este o procedură medicală efectuată în scop diagnostic și uneori terapeutic folosită pentru recoltarea de fragmente de țesuturi sau lichide din cavități anatomice, care pot fi ulterior folosite pentru examinarea microscopică în vederea stabilirii unui diagnostic de certitudine.

Diagnosticul de certitudine reprezintă stabilirea unui diagnostic exact pe baza unor investigații de specialitate.

Examenul histopatologic este examenul microscopic al țesutului considerat bolnav/al tumorii, în vederea diagnosticării de certitudine a acestuia.

Raportul anatomopatologic (histopatologic) conține informații specifice despre tipul de țesut tumoral excizat din corp, informații care ajută medicul curant să emită un plan de tratament potrivit pentru pacient.

Examen histopatologic “la parafină” reprezintă examinarea microscopică a probelor de țesut obținute prin puncții-biopsii mamare și a pieselor operatorii obținute în urma intervențiilor chirurgicale (biopsie excizională) pentru obținerea diagnosticului de certitudine al unei leziuni tumorale suspecte.

Examen histopatologic extemporaneu “la gheață” reprezintă examinarea histopatologică a tumorii extirpate chirurgical (prin biopsie excizională), efectuată în timpul operației, din piese operatorii.

PET-CT sau tomografia cu emisie de pozitroni este o investigație imagistică funcțională realizată prin două scanări independente, ale căror rezultate se procesează apoi computerizat într-o singură imagine: PET (Positron Emission Tomography) -folosită pentru obținerea de date funcționale legate de metabolism și funcții celulare (cum ar fi fluxul de sânge, consumul de oxigen și glucoză) și CT (Computed Tomography) – folosită pentru obținerea de informații anatomice detaliate. PET-CT este folosită pentru diagnosticarea cancerului, a Bolii Alzheimer și Parkinson, în determinarea extinderii unui infarct miocardic, în detecția tumorii primare în cazul metastazelor cu punct de plecare nedeterminat etc.

SPECT-CT sau tomografia cu emisie de fotoni individuali este o metodă imagistică funcțională, spre deosebire de radiologie sau tomografie, care sunt tehnici anatomice. Tehnica SPECT folosește substanțe radiofarmaceutice legate de o substanță radioactivă ce emite un foton individual de tip gamma ce se distribuie în organe și ajută la obținerea unor imagini utile pentru evaluarea funcționării organelor, a fluxului sanguin, a sistemului osos etc.

RMN sau rezonanța magnetică este metodă de explorare imagistică prin care se obțin imagini multiplane și secțiuni submilimetrice care permit o rată foarte mare de detecție a eventualelor leziuni din regiunea examinată.

Carcinom primar/Tumoră primară. Carcinomul, ca orice tumoră malignă apare ca urmare a diviziunii necontrolate a celulelor, determinând apariția unei mase tumorale. Aceste celule de la care pornește diviziunea necontrolată au denumirea de celule primare și ele formează tumora primară. Dintre celulele primare ce formează tumora se pot desprinde celule care pot intra în circulație, însămânțând alte zone, dând naștere unor tumori secundare, numite metastaze. Celulele tumorilor metastatice păstrează tipul celulelor primare din tumorile de proveniență. De exemplu, în tumorile maligne ale colonului pot apărea metastaze, în special în ficat. Aceste tumori metastatice hepatice trebuie diferențiate clar de tumorile primare hepatice, situație în care atitudinea terapeutică diferă. Diferențele trebuie făcute chiar între tumori cu punct de plecare din același organ deoarece există diferențe de prognostic și tratament de la o formă la alta. Pentru această diferențiere se vor face teste imunohistochimice ce vor permite stabilirea exactă a tipului de cancer, în scopul abordării terapeutice optime.

Condițiile Specifice ale Asigurării suplimentare în caz de diagnosticare cu cancer (CAN)

Exemplar de returnat la sediul central

Am primit condițiile contractuale:

Nume _____

Semnătura _____

Data primirii _____

Capitole

Prevederi introductive	pag. 1
Evenimente asigurate acoperite	pag. 1
Beneficiul suplimentar	pag. 2
Producerea și anunțul Evenimentului asigurat	pag. 2
Perioada de așteptare	pag. 3
Situații în care nu se plătește Indemnizația de asigurare și/sau Beneficiul suplimentar	pag. 3
Indemnizația de maturitate	pag. 3
Începerea și valabilitatea Asigurării suplimentare	pag. 3
Plata primelor de asigurare	pag. 4
Protecția împotriva inflației	pag. 4
Modificarea Sumei asigurate	pag. 4
Încetarea Asigurării suplimentare	pag. 5
Prevederi finale	pag. 5
Glosar	pag. 6
Anexa	pag. 7

Prevederi introductive

Asigurarea suplimentară pentru diagnosticarea cancerului (în continuare „Asigurarea Suplimentară”) a Societății NN Asigurări de Viață S.A. este guvernată de prezentele Condiții Specifice de Asigurare, care formează parte integrantă a Contractului de Asigurare.

Încheierea prezentei Asigurări suplimentare este condiționată de încheierea Contractului de Asigurare la care Asigurătorul permite atașarea acesteia.

Condițiile Specifice ale prezentei Asigurări Suplimentare pentru diagnosticarea cancerului se completează cu dispozițiile Condițiilor Contractuale Generale ale Contractului de Asigurare, precum și cu Condițiile Specifice ale Contractului de Asigurare la care se atașează prezenta Asigurare Suplimentară, valabile la data semnării contractului de asigurare sau la data atașării Asigurării Suplimentare la Contractul de asigurare.

Evenimente asigurate acoperite

1. Diagnosticarea cu carcinom in situ

Carcinomul in situ este o formă incipientă de cancer ce nu depășește membrana bazală a țesutului de origine și, prin urmare, nu invadează țesutul înconjurător. Termenul de carcinom in situ în acest context nu include:

- tumorile cu descriere histologică de tip benign, premalign sau borderline. Tumorile borderline/premaligne sunt tumori formate din celule care nu pot fi considerate maligne în proporție de 100%, dar pot evolua în acest sens;
- orice cancer de piele in stadiu in situ.

Indemnizația de asigurare pentru acest eveniment asigurat constă în plata unei sume egale cu un procent de 25% din suma asigurată a Asigurării suplimentare pentru diagnosticarea cancerului.

Aceasta indemnizație se va plăti pentru fiecare diagnosticare primară cu carcinom in situ, cu respectarea prevederilor prezentelor Condiții contractuale, pe baza următoarelor documente:

- raportul histopatologic efectuat în urma biopsiei, care confirmă stadializarea in situ a carcinomului;
- raportul medicului specialist (oncolog, ginecolog, chirurg, neurochirurg etc.) care stabilește diagnosticul sau copia biletului de externare;
- copia fișei medicale din evidența medicului de familie care confirmă istoricul medical al Asiguratului - fiecare pagină trebuie să fie numerotată, parafată și semnată în original, pentru conformitate;
- alte documente medicale cerute de Asigurător cu privire la istoricul medical, data apariției primelor simptome ale afecțiunii și data diagnosticării acesteia.

După plata acestei Indemnizații, Asigurarea suplimentară continuă sa rămână în vigoare, dacă Contractantul continuă să plătească primele aferente Contractului de asigurare. Pentru acordarea Indemnizației pentru un nou Eveniment asigurat ce constă în diagnosticarea cu carcinom in situ, este necesar raportul medicului specialist care confirmă noua diagnosticare a carcinomului in situ și rezultatul unui nou raport histopatologic și al testului de imunohistochimie care evidențiază un nou carcinom primar diferit de cel diagnosticat anterior.

2. Diagnosticarea cu cancer

Cancerul reprezintă o tumoră malignă caracterizată prin creșterea necontrolată a celulelor maligne care invadează și distrug țesuturile din jur. Termenul cancer include leucemia, limfomul, sarcomul și boala Hodgkin.

Diagnosticul de cancer implică un tratament chirurgical, radioterapeutic sau/și polichimioterapeutic. Diagnosticul trebuie confirmat printr-un raport histopatologic în cazul

tumorilor solide sau alte investigații specifice care să evedențieze prezența celulelor maligne de către un medic specialist (anatomopatolog/hematolog/imunolog). Termenul de cancer în acest context nu include:

- toate tumorile cu descriere histologică de tip benign, premalign, borderline, cu potențial malign redus sau non-invazive;
- toate formele de cancer de piele, cu excepția melanomului malign, începând cu stadiul 1;
- orice tumoră malignă în stadiul in situ cu excepția carcinomului in situ, așa cum este definit la punctul 1, de mai sus.

Indemnizația de asigurare pentru acest Eveniment asigurat constă în plata Sumei asigurate a Asigurării suplimentare pentru diagnosticarea cancerului în procent de 100%, o singură dată pe durata de valabilitate a acesteia.

Această indemnizație se va plăti, cu respectarea prevederilor prezentelor Condiții contractuale, pe baza următoarelor documente:

- raportul medicului specialist (oncolog, hematolog, ginecolog, chirurg, neurochirurg etc.) care stabilește diagnosticul sau copia biletului de externare;
- examenul histopatologic și testele imunohistochimice care confirmă diagnosticul și stadializarea;
- copia fișei medicale din evidența medicului de familie care confirmă istoricul medical al Asiguratului - fiecare pagină trebuie să fie numerotată, parafată și semnată în original, pentru conformitate;
- alte documente medicale cerute de Asigurător cu privire la istoricul medical, data apariției primelor simptome ale afecțiunii și data diagnosticării acesteia.

După plata acestei Indemnizații Asigurarea suplimentară încetează, fără a se mai despăgubi ulterior alte Indemnizații sau Beneficii pentru efectuarea investigațiilor medicale și fără obligația contractantului de a mai plăti prime pentru această Asigurare suplimentară.

3. Beneficiul suplimentar

Este reprezentat de **Beneficiul pentru efectuarea investigațiilor medicale** pentru diagnosticarea carcinomului in situ sau a cancerului (denumit în continuare Beneficiu).

Beneficiul poate fi solicitat doar după efectuarea următoarelor investigații pentru confirmarea sau infirmarea diagnosticului de cancer sau carcinom in situ: computer tomograf (CT), rezonanță magnetică nucleară (RMN), tomografie cu emisie pozitronică (PET-CT), tomografia cu emisie de fotoni individuali (SPECT-CT), puncție, biopsie și examen histopatologic aferent.

Beneficiul constă în plata unei sume egale cu un procent de 80% din valoarea costului achitat de Asigurat pentru investigațiile enumerate, în limitele acceptate de Asigurător. Pentru plata acestui beneficiu, valoarea costurilor achitate de Asigurat trebuie să fie de minim 650 de lei și maxim 25.000 lei.

Plata Beneficiului este limitată la 20.000 lei pentru fiecare an contractual al Asigurării suplimentare.

Pe întreaga durată a Asigurării Suplimentare, Asigurătorul își rezervă dreptul de a modifica limitele de despăgubire atunci când există o variație semnificativă a costurilor pentru investigații. Limitele în care costurile pot fi despăgubite sunt

disponibile prin prezentele Condiții Contractuale, iar părțile convin că orice actualizare/modificare a acestor limite să fie disponibilă pe pagina de internet a NN Asigurări de Viață S.A.

Prin semnarea prezentelor Condiții Contractuale, Asiguratul și Contractantul asigurării sunt de acord că orice actualizare/modificare a valorii minime sau maxime de la care sunt acoperite costurile pentru investigațiile medicale să fie comunicată prin intermediul paginii de internet a NN Asigurări de Viață S.A, la adresa www.nn.ro/documente-asigurari.

Pentru acordarea Beneficiului este necesară evaluarea următoarelor documente, cu respectarea prevederilor prezentelor condiții contractuale:

- rezultatele investigațiilor pentru care Asiguratul solicită Beneficiul;
 - rezultatul consultului de specialitate (de exemplu, oncologie, hematologie, chirurgie, ginecologie, neurochirurgie, etc.) cu descrierea simptomatologiei clinice și rezultatele investigațiilor medicale de rutină (test Babeș-Papanicolau, test HPV, PSA, ecografii, analize de sânge etc.) care să susțină necesitatea medicală a efectuării investigațiilor enumerate mai sus;
 - copii ale facturilor cu care au fost plătite procedurile de efectuare a puncțiilor, a biopsiilor, a investigațiilor (pot fi mai multe facturi). Pentru stabilirea beneficiului de plată vor fi luate în calcul costul procedurilor medicale ce constau în puncție sau biopsie, costul anesteziei aferente acestora, costul examenului histopatologic aferent biopsiei sau puncției, costul tomografiei, RMN-ului, SPECT-CT, PET-CT-ului. Nu se vor lua în calculul beneficiului de plată, costul spitalizării, al intervenției chirurgicale prin care este excizată tumora sau organul afectat și costul examenului anatomopatologic extemporaneu și la parafină efectuate în timpul/după intervenția chirurgicală care reprezintă tratamentul chirurgical al cancerului sau al carcinomului in situ.
- Plata Beneficiului poate fi solicitată chiar dacă investigațiile efectuate nu au confirmat diagnosticul de cancer sau carcinom in situ.

Producerea și anunțul Evenimentului asigurat

În cazul în care, pe perioada de valabilitate a Asigurării Suplimentare, Asiguratul este diagnosticat cu carcinom in situ sau cu cancer, așa cum sunt acestea definite mai sus, Asigurătorul va plăti Asiguratului, în conformitate cu prevederile Contractului de asigurare, Indemnizația de asigurare specifică, așa cum este descrisă în capitolul „Evenimente asigurate acoperite”.

Dacă Evenimentul asigurat ce constă în diagnosticarea cu cancer este urmat de plata Indemnizației de asigurare, primele de asigurare plătite de Contractant, aferente prezentei Asigurării suplimentare și încasate după data producerii Evenimentului asigurat, vor fi returnate Contractantului, fără a fi purtătoare de dobândă.

Beneficiarul Asigurării Suplimentare pentru diagnosticarea cancerului este Asiguratul. În cazul în care acesta decedează în urma diagnosticării cu cancer sau cu carcinom in situ,

Indemnizația de asigurare va fi plătită beneficiarilor în caz de deces, desemnați în Contractul de asigurare. Asigurătorul trebuie anunțat în scris, prin serviciile poștale sau de curierat sau la adresa de email EvenimenteAsigurate@nn.ro, în cel mult 45 de zile de la data producerii Evenimentului asigurat despre acest lucru, altfel, Asigurătorul poate refuza plata Indemnizației de asigurare.

În cazul în care documentele medicale sunt furnizate de instituții medicale din afara țării, Asiguratul are obligația să pună la dispoziția Asigurătorului pe lângă documentele originale și traducerea legalizată a acestora. Evenimentul asigurat este acoperit numai dacă asigurarea este valabilă la data producerii acestuia.

Asigurătorul va aprecia întinderea obligației de plată a Indemnizației de plată în funcție de rezultatele investigațiilor pe care le efectuează în condițiile prezentei Asigurări Suplimentare și numai după ce s-a stabilit cu certitudine producerea Evenimentului asigurat. Indemnizația de asigurare este plătită în termen de 30 (treizeci) de zile de la data la care dosarul de daună este complet, fiind deus la Asigurător.

Dacă de la data solicitării de către Asigurător a documentelor medicale necesare pentru evaluarea Evenimentului asigurat trece o perioadă mai mare de 90 (nouăzeci) de zile calendaristice, Asigurătorul va închide dosarul de daună cu refuz de plată datorat lipsei de documente. În cazul în care Asiguratul va furniza documentele solicitate ulterior termenului de 90 (nouăzeci) de zile calendaristice, Asigurătorul va redeschide dosarul de daună în vederea reevaluării Evenimentului asigurat. Acoperirea oferită de prezenta Asigurare Suplimentară este valabilă atât pe teritoriul României, cât și în afara acestuia.

Perioada de așteptare

Perioada de așteptare pentru Evenimentele asigurate

Prezenta asigurare include o Perioadă de așteptare de 90 (nouăzeci) de zile calendaristice, interval în care Asigurătorul nu va acoperi Evenimentul asigurat ce constă în diagnosticarea, în acest interval, cu carcinom în situ sau cancer.

Perioada de așteptare se calculează astfel:

- (a) de la Data de încheiere a Cererii de asigurare, în cazul în care Asigurarea Suplimentară a fost contractată simultan cu încheierea Contractului de asigurare;
- (b) de la data începerii valabilității Asigurării Suplimentare, în cazul în care Asigurarea Suplimentară a fost contractată ulterior încheierii Contractului de asigurare;
- (c) de la data majorării sumei asigurate pentru diferența de sumă asigurată majorată.

Perioada de așteptare pentru Beneficiul suplimentar

Prezenta asigurare include o Perioadă de așteptare de 90 (nouăzeci) de zile calendaristice, interval în care Asigurătorul nu va plăti Beneficiul pentru efectuarea investigațiilor medicale întreprinse în această perioadă.

Perioada de așteptare se calculează astfel:

- (a) de la Data de încheiere a Cererii de asigurare, în cazul în care Asigurarea Suplimentară a fost contractată simultan cu încheierea Contractului de asigurare;
- (b) de la data începerii valabilității Asigurării Suplimentare, în cazul în care Asigurarea Suplimentară a fost contractată ulterior încheierii Contractului de asigurare.

Situații în care nu se plătește Indemnizația de asigurare și/sau Beneficiul suplimentar

- (a) În situația solicitării Indemnizației de asigurare pentru diagnosticare ce nu se încadrează în definițiile carcinomului in situ și/sau a cancerului, descrise în capitolul "Evenimente asigurate acoperite", alineatele 1 și 2;
- (b) Existența unor afecțiuni diagnosticate sau care s-au manifestat clinic înainte de semnarea cererii de asigurare, care nu au fost declarate în cererea de asigurare și care ar fi dus la neacordarea Asigurării suplimentare sau acordarea acesteia în alte condiții;
- (c) Existența unei afecțiuni care a cauzat evenimentul asigurat și care a survenit ca urmare a agravării unei afecțiuni pre-existente datei semnării cererii de asigurare și nedecarată în Cererea de asigurare;
- (d) Diagnosticarea carcinomului in situ sau a cancerului și efectuarea investigațiilor medicale pentru investigarea carcinomului in situ sau a cancerului efectuate în perioada de așteptare de 90 de zile;
- (e) Investigațiile medicale pentru diagnosticarea carcinomului in situ sau a cancerului care nu sunt enumerate în capitolul "Beneficiul suplimentar";
- (f) În cazul decesului Asiguratului în perioada de așteptare, Asigurătorul este exonerat de plata Indemnizației de asigurare;
- (g) În situația în care Contractantul și/sau Asiguratul vor furniza declarații false sau informații incomplete, Asigurătorul nu va plăti nicio Indemnizație de asigurare și/sau Beneficiu suplimentar și nicio altă pretenție, indiferent de natura acesteia, cum ar fi restituirea primelor de asigurare deja plătite până la data rezilierii Asigurării suplimentare;
- (h) În cazul în care documentele depuse de Contractant și/sau Asigurat cu privire la Evenimentul asigurat produs sau la solicitarea Beneficiului suplimentar prezintă semne de alterare (spre exemplu, dar fără a se limita la: ștersături, modificări, completări), Asigurătorul își rezervă dreptul de a suspenda plata Indemnizației de asigurare și a Beneficiului suplimentar și de a face propriile investigații cu privire la condițiile producerii Evenimentului asigurat. În funcție de rezultatul acestor investigații, Asigurătorul poate solicita Contractantului și/ sau Asiguratului informații/documente suplimentare cu privire la producerea Evenimentului asigurat sau poate refuza plata indemnizației de asigurare.

Indemnizația de maturitate

Indemnizația de maturitate se acordă în cazul în care, până la data expirării duratei Asigurării Suplimentare, nu a fost despăgubit nici un eveniment asigurat ce constă în diagnosticarea cu cancer pe parcursul derulării acoperirii Asigurării Suplimentare și dacă nu există prime restante la data expirării asigurării suplimentare. Cu 45 de zile înainte de data de expirare a acesteia, Contractantul va fi notificat în scris de către Asigurător cu privire la cuantumul indemnizației de maturitate pe care o va primi. Aceasta va

consta în 30% din valoarea primelor plătite aferente prezentei Asigurării Suplimentare.
După ce Asigurătorul a efectuat plata indemnizației de maturitate, Asiguratul nu va mai putea revendica beneficiul suplimentar sau indemnizației de asigurare pentru niciun eveniment asigurat anterior și neanunțat.

Începerea și valabilitatea Asigurării suplimentare

Asigurarea suplimentară este considerată valabilă în condițiile în care primele de asigurare ale contractului de asigurare sunt plătite la zi sau contractul se află în perioada de grație.

În funcție de situațiile precizate mai jos, prezenta Asigurare Suplimentară intră în vigoare la momente diferite astfel:

(a) **La data intrării în vigoare a Contractului de asigurare.** În cazul în care, prin Cererea de asigurare, Contractantul asigurării a optat și pentru contractarea prezentei Asigurării Suplimentare, aceasta intră în vigoare simultan cu Contractul de asigurare;

(b) **La Aniversarea Contractului de asigurare.** Ulterior încheierii Contractului de asigurare, prezenta Asigurare Suplimentară poate fi atașată acestuia și intră în vigoare la ora 0:00 a datei Aniversării Contractului de asigurare, dacă sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:
i. prima aferentă ultimei scadențe din anul respectiv de asigurare a fost plătită integral în termenul menționat pe poliță;
ii. Contractantul își manifestă în scris, prin completarea unei Cereri ulterioare de asigurare, intenția contractării prezentei Asigurării Suplimentare, care trebuie comunicată Asigurătorului cu cel puțin 15 (cincisprezece) zile calendaristice înainte de respectiva Aniversare a Contractului de asigurare;
iii. Asigurătorul a evaluat și acceptat riscurile aferente prezentei Asigurării Suplimentare.

(c) **La data repunerii în vigoare a Contractului de asigurare.**

În situația în care Contractul de asigurare a fost reziliat sau transformat în contract liber de plata primelor, repunerea în vigoare se va face în conformitate cu prevederile articolelor din Condițiile Generale ale Contractului de Asigurare referitoare la repunerea contractului în vigoare, începând cu ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei creditării contului Asigurătorului cu contravaloarea integrală a tuturor primelor de asigurare datorate.

Durata minimă de contractare a prezentei Asigurării Suplimentare este de 5 (cinci) ani. Vârsta maximă până la care durează acoperirea prin prezenta Asigurare Suplimentară este de 65 (șaizecișicinci) de ani pentru Asigurat.

Vârsta Asiguratului la momentul încheierii prezentei Asigurării Suplimentare nu poate fi mai mică de 16 (șaisprezece) ani și nici mai mare de 60 (șaizeci) de ani.

Data expirării Asigurării Suplimentare este prevăzută ca atare în cadrul Poliței de asigurare.

Plata primelor de asigurare

Primele corespunzătoare acestei Asigurării Suplimentare se vor plăti în aceeași monedă ca și primele eşalonate aferente Contractului de asigurare, respectându-se frecvența și modalitatea de plată stabilită în Contract.

Primele se plătesc pe întreaga durată de valabilitate a Asigurării Suplimentare și se calculează în funcție de Suma asigurată și vârsta Asiguratului. Nivelul primelor se modifică la fiecare Aniversare a contractului de asigurare, în funcție de vârsta curentă a Asiguratului.

Asigurătorul își rezervă dreptul de a modifica ratele de primă atunci când există o variație semnificativă de apariție a Evenimentului asigurat față de cea asumată la momentul calculării ratelor de primă în vigoare. Noile rate de primă vor intra în vigoare de la următoarea dată aniversară a contractului asigurare. Noua rată de primă va fi comunicată Contractantului asigurării prin scrisoarea de adaptare la inflație trimisă cu 45 de zile înaintea aniversării contractului de asigurare.

Contractantul asigurării beneficiază de un termen de grație în vederea efectuării plății primelor de asigurare eşalonate de 30 (treizeci) de zile calendaristice în conformitate cu prevederile articolelor din Condițiile Contractuale Generale.

Protecția împotriva inflației

Cu cel mult 45 de zile înainte de fiecare aniversare a Datei de încheiere a Cererii de asigurare, Contractantul asigurării are dreptul de a opta pentru majorarea Sumei asigurate cu procentul de adaptare la inflație și, în consecință, majorarea primei de asigurare, cu o valoare ale cărei limite minime și maxime sunt stabilite de către Asigurător în funcție de evoluția ratei inflației. În această situație nu este necesară din partea Asigurătorului o reevaluare a riscului. Indiferent dacă Contractantul a optat pentru majorarea sumei asigurate cu procentul de adaptare la inflație sau dacă a refuzat adaptarea la inflație, prima de asigurare va lua în calcul noua vârstă a Asiguratului. Dreptul la opțiunea de mărire a Sumei asigurate și a primei de asigurare este valabil atât timp cât este valabil și pentru Contractul de asigurare.

Modificarea Sumei asigurate

Contractantul asigurării are dreptul să mărească Suma asigurată în orice moment cu excepția primului an contractual al Asigurării suplimentare. Pentru acceptarea majorării Sumei asigurate, în alte condiții decât cele prezentate în capitolul „Protecția împotriva inflației”, este necesară o reevaluare a riscului, în conformitate cu regulile Asigurătorului aplicabile la data solicitării. În acest scop, Asigurătorul va solicita documentele și informațiile necesare verificării aspectelor menționate în articolele din Condițiile generale referitoare la încheierea Cererii de Asigurare. Ca urmare a reevaluării riscurilor, este posibil ca Asigurătorul să nu accepte majorarea Sumei asigurate sau să o accepte în alți termeni dacă riscurile acoperite sau condițiile de acordare a asigurării s-au modificat față de data ultimei evaluări. Noua sumă asigurată nu poate depăși suma asigurată maximă, stabilită de către Asigurător, aplicabilă la data creșterii. Mărirea sumei asigurate determină, în același timp, și o creștere corespunzătoare a Primei de asigurare. Contractantul asigurării va fi informat de Asigurator despre detaliile creșterii de primă calculate.

Contractantul asigurării are dreptul de a reduce Suma asigurată în orice moment, cu excepția primului an contractual al Asigurării suplimentare. Noua Sumă asigurată

nu poate fi mai mică decât Suma asigurată minimă, stabilită de către Asigurător, aplicabilă la data reducerii. Reducerea Sumei asigurate determină, în același timp, și o reducere corespunzătoare a Primei de asigurare.

În cazul în care Contractantul asigurării și Asiguratul sunt persoane diferite, Contractantul asigurării se obligă să furnizeze consimțământul scris al Asiguratului asupra modificărilor de Sumă asigurată.

Schimbările produse întră în vigoare după și dacă au fost acceptate de Asigurător la data următoarei scadențe, cu condiția plății la zi a contractului.

Încetarea Asigurării suplimentare

Prezenta Asigurare Suplimentară își încetează efectele de plin drept, fără a mai fi necesară îndeplinirea vreunei alte formalități, somații, proceduri etc. și fără intervenția vreunei instanțe judecătorești, în următoarele situații:

(a) în condițiile prevăzute la art. 5 al Condițiilor Contractuale Generale ale Contractului de asigurare;

(b) la data expirării duratei Asigurării Suplimentare, prevăzută ca atare în cadrul Poliței de asigurare, fără ca Asigurătorul să plătească Indemnizația de asigurare aferentă Evenimentului asigurat de diagnosticare a cancerului;

(c) la data transformării Contractului de asigurare într-un Contract liber de plata primelor;

(d) la data încetării Contractului de asigurare la care a fost atașată Asigurarea Suplimentară, în conformitate cu prevederile Condițiilor Specifice aferente Contractului de asigurare;

(e) la cererea expresă a Contractantului Asigurării, prin aplicarea corespunzătoare a prevederilor articolelor Condițiilor Contractuale Generale ale Contractului de asigurare, referitoare la încetarea Contractului de Asigurare;

(f) la data împlinirii de către Asigurat a vârstei de 65 de ani;

(g) la data decesului Asiguratului;

(h) după refuzul acordării Indemnizației de asigurare în cazul unui Eveniment asigurat ce constă în diagnosticarea cu cancer sau cu carcinom in situ produs în Perioada de așteptare. În acest caz, Asigurătorul va rezilia unilateral prezenta Asigurare Suplimentară și va plăti prima nefolosită;

(i) în urma producerii Evenimentului asigurat ce constă în diagnosticarea cu cancer, urmat de plata Indemnizației de asigurare. Data încetării este data producerii Evenimentului asigurat.

Prevederi finale

Toate plățile la care Asigurătorul se obligă în conformitate cu prevederile Asigurării Suplimentare se vor face de către acesta în lei. Plățile se vor face conform legislației financiar-fiscale în vigoare la data efectuării plăților.

Pentru prezenta Asigurare suplimentară nu se acordă Participare la profit sau Valoare de răscumpărare. Prezentele Condiții Specifice ale Asigurării Suplimentare pentru diagnosticarea cancerului sunt aplicabile de la data 14.01.2019 și se vor aplica asigurărilor suplimentare încheiate după această dată.

Anna Grzelonska
Director General



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

Adina Murariu
Director Operațiuni



Glosar

Afecțiune medicală/Boală	Modificare organică sau funcțională a stării normale de sănătate a Asiguratului, diagnosticată de un medic de specialitate și care necesită tratament medical.
Afecțiune/Boală pre-existentă	Orice leziune, boală sau consecințele acestora, de care Asiguratul a suferit, ale cărei semne/simptome/manifestări obiective au apărut înaintea datei de intrare în vigoare a Asigurării suplimentare/datei la care Asigurarea Suplimentară a fost atașată contractului/datei la care s-a efectuat creșterea de sumă asigurată solicitată de contractant, indiferent dacă Asiguratul a solicitat, i-a fost recomandat sau a urmat tratament prescris de un medic.
Beneficiar	Persoana căreia îi va fi plătită Indemnizația de asigurare în urma producerii Evenimentului asigurat, respectiv: 1. În ceea ce privește prezenta Asigurare Suplimentară, Beneficiar este Asiguratul. 2. Dacă, după producerea evenimentului asigurat, Asiguratul nu a solicitat plata Indemnizației de Asigurare, iar între timp Asiguratul a decedat, beneficiarul asigurării este persoana desemnată în scris de către Contractant în cadrul Contractului de asigurare (cu excepția cesionarului - bancă comercială, în cazul cesionii contractului de asigurare) sau moștenitorii legali ai persoanei asigurate.
Data maturității	Data expirării prezentei Asigurări Suplimentare.
Diagnostic	Identificarea, pe baza datelor clinice și paraclinice, a unei Îmbolnăviri/Afecțiuni. Diagnosticul poate fi stabilit numai de un medic specialist cu autorizare de liberă practică și competență recunoscută în domeniu de către instituțiile abilitate.
Eveniment asigurat	Diagnosticarea Asiguratului cu carcinom in situ sau cu cancer, așa cum este specificat în cuprinsul prezentelor Condiții Specifice, ulterior intrării în vigoare a Asigurării Suplimentare. Efectuarea următoarelor investigații, pentru confirmarea sau infirmarea diagnosticului uneia dintre afecțiunile enumerate anterior: examen computer tomograf (CT), rezonanță magnetică nucleară (RMN), tomografie cu emisie pozitronică (PET-CT), tomografie cu emisie de fotoni individuali (SPECT-CT), puncție, biopsie și examen histopatologic aferent.
Indemnizație de maturitate	Suma plătită de către Asigurător, Contractantului, la data maturității prezentei Asigurări Suplimentare, dacă până la aceasta nu a avut loc niciun eveniment asigurat ce constă în diagnosticare cu cancer.
Necesitate medicală	Nevoia efectuării unor servicii medicale adecvate evaluării și tratării unei boli sau unei condiții medicale, care sunt în conformitate cu standardele de îngrijire aplicabile de entitățile medicale pentru investigații și tratament, acceptate în literatura medicală de specialitate ca fiind sigure și eficiente în tratarea sau diagnosticarea bolii sau condiției medicale respective.
Suma asigurată	Suma prevăzută în cadrul Contractului de asigurare, aferentă Asigurării suplimentare în caz de diagnosticare cu cancer, plătită în conformitate cu prevederile prezentelor Condiții specifice în cazul producerii Evenimentului asigurat.

Definiții

Carcinomul in situ este o formă incipientă de cancer ce nu depășește membrana bazală a țesutului de origine și, prin urmare, nu invadează țesutul înconjurător. Termenul de carcinom in situ în acest context nu include:

- tumorile cu descriere histologică de tip benign, premalign sau borderline. Tumorile borderline/premaligne sunt tumori formate din celule care nu pot fi considerate maligne în proporție de 100%, dar pot evolua în acest sens;
- orice cancer de piele în stadiu in situ.

Cancerul reprezintă o tumoră malignă caracterizată prin creșterea necontrolată a celulelor maligne care invadează și distrug țesuturile din jur. Termenul cancer include leucemia, limfomul, sarcomul și boala Hodgkin.

Diagnosticul trebuie confirmat de un medic specialist (anatomopatolog/hematolog/imunolog) printr-un raport histopatologic în cazul tumorilor solide sau alte investigații specifice care să evidențieze prezența celulelor maligne.

Diagnosticul de cancer implică un tratament chirurgical, radioterapic sau/și polichimioterapic. Termenul de cancer în acest context nu include:

- toate tumorile cu descriere histologică de tip benign, premalign, borderline, cu potențial malign redus sau non-invazive;
- toate formele de cancer de piele, cu excepția melanomului malign, începând cu stadiul 1, orice tumoră malignă în stadiul in situ cu excepția carcinomului in situ, așa cum este definit la punctul 1 al capitolului „Evenimente asigurate acoperite”.

Explicații care ne ajută să înțelegem diagnosticul

Carcinomul este cel mai frecvent tip de cancer. Se formează în țesutul epitelial al pielii sau în țesuturile care acoperă sau căptușesc organele interne.

Carcinomul in situ este o formă de cancer incipient în care celulele canceroase/ maligne nu s-au răspândit la celulele sau țesuturile învecinate, sănătoase. În termeni medicali, acest lucru înseamnă că celulele canceroase nu au depășit epitelul organului în care au apărut.

Histologia reprezintă studiul microscopic al celulelor și țesuturilor.

Descrierea histologică se realizează prin examenul histopatologic.

Examenul histopatologic este examenul microscopic al țesutului considerat bolnav/al tumorii, în vederea diagnosticării de certitudine al acestuia.

De ce nu acoperim orice formă de cancer de piele în stadiu in situ?

Această categorie de tumori prezintă un potențial ridicat de recuperare totală și fără șanse de recidivă, iar comparativ cu un carcinom in situ cu situare la nivelul organelor interne sau orice cancer în stadiu avansat costurile de tratament sunt mai mici. În schimb, dacă evoluția tumorii va fi nefavorabilă și va invadea alte organe, afecțiunea va fi acoperită de această asigurare suplimentară.

Termenul **cancer** reprezintă un grup de aproape 200 de boli ce afectează diferite părți ale corpului. Toate au o caracteristică comună, înmulțirea și răspândirea necontrolată a unor celule anormale care invadează țesuturile și organele sănătoase.

Cancerul este denumit după țesutul sau organul unde s-a declanșat:

- cancerile care își au originea în celulele epiteliale, care intră în alcătuirea pielii și mucoaselor se numesc CARCINOAME;
- cancerile care își au originea în celulele țesutului conjunctiv, care intră în alcătuirea oaselor, cartilajelor, mușchilor etc. se numesc SARCOAME;
- LEUCEMIA este un cancer al celulelor sângelui, care sunt produse în măduva osoasă.
- LIMFOAMELE sunt cancer care încep în sistemul limfatic, o rețea de vase și glande care ajută la lupta împotriva infecțiilor.

Biopsia este o mostră de țesut prelevată de la nivelul unui organ în vederea examinării microscopice. Se efectuează biopsii în foarte multe afecțiuni, nu numai în cancer, însă în cazul acesteia, biopsia se va efectua prin prelevarea unei porțiuni de țesut de la nivelul tumorii. În alte patologii în care apar modificări anormale sau creșteri de mase tumorale se efectuează biopsie tot la nivelul zonei modificate. De exemplu, se efectuează biopsii hepatice pentru a pune în evidență prezența hepatitei. După biopsie, mostra de țesut este trimisă către laboratorul de anatomopatologie în vederea examinării microscopice a acesteia.

Puncția este o procedură medicală efectuată în scop diagnostic și uneori terapeutic folosită pentru recoltarea de fragmente de țesuturi sau lichide din cavități anatomice, care pot fi ulterior folosite pentru examinarea microscopică în vederea stabilirii unui diagnostic de certitudine.

Diagnosticul de certitudine reprezintă stabilirea unui diagnostic exact pe baza unor investigații de specialitate.

Examenul histopatologic este examenul microscopic al țesutului considerat bolnav/al tumorii, în vederea diagnosticării de certitudine a acestuia.

Raportul anatomopatologic (histopatologic) conține informații specifice despre tipul de țesut tumoral excizat din corp, informații care ajută medicul curant să emită un plan de tratament potrivit pentru pacient.

Examen histopatologic “la parafină” reprezintă examinarea microscopică a probelor de țesut obținute prin puncții-biopsii mamare și a pieselor operatorii obținute în urma intervențiilor chirurgicale (biopsie excizională) pentru obținerea diagnosticului de certitudine al unei leziuni tumorale suspecte.

Examen histopatologic extemporaneu “la gheață” reprezintă examinarea histopatologică a tumorii extirpate chirurgical (prin biopsie excizională), efectuată în timpul operației, din piese operatorii.

PET-CT sau tomografia cu emisie de pozitroni este o investigație imagistică funcțională realizată prin două scanări independente, ale căror rezultate se procesează apoi computerizat într-o singură imagine: PET (Positron Emission Tomography) -folosită pentru obținerea de date funcționale legate de metabolism și funcții celulare (cum ar fi fluxul de sânge, consumul de oxigen și glucoză) și CT (Computed Tomography) – folosită pentru obținerea de informații anatomice detaliate. PET-CT este folosită pentru diagnosticarea cancerului, a Bolii Alzheimer și Parkinson, în determinarea extinderii unui infarct miocardic, în detecția tumorii primare în cazul metastazelor cu punct de plecare nedeterminat etc.

SPECT-CT sau tomografia cu emisie de fotoni individuali este o metodă imagistică funcțională, spre deosebire de radiologie sau tomografie, care sunt tehnici anatomice. Tehnica SPECT folosește substanțe radiofarmaceutice legate de o substanță radioactivă ce emite un foton individual de tip gamma ce se distribuie în organe și ajută la obținerea unor imagini utile pentru evaluarea funcționării organelor, a fluxului sanguin, a sistemului osos etc.

RMN sau rezonanța magnetică este metodă de explorare imagistică prin care se obțin imagini multiplane și secțiuni submilimetrice care permit o rată foarte mare de detecție a eventualelor leziuni din regiunea examinată.

Carcinom primar/Tumoră primară. Carcinomul, ca orice tumoră malignă apare ca urmare a diviziunii necontrolate a celulelor, determinând apariția unei mase tumorale. Aceste celule de la care pornește diviziunea necontrolată au denumirea de celule primare și ele formează tumora primară. Dintre celulele primare ce formează tumora se pot desprinde celule care pot intra în circulație, însămânțând alte zone, dând naștere unor tumori secundare, numite metastaze. Celulele tumorilor metastatice păstrează tipul celulelor primare din tumorile de proveniență. De exemplu, în tumorile maligne ale colonului pot apărea metastaze, în special în ficat. Aceste tumori metastatice hepatice trebuie diferențiate clar de tumorile primare hepatice, situație în care atitudinea terapeutică diferă. Diferențele trebuie făcute chiar între tumori cu punct de plecare din același organ deoarece există diferențe de prognostic și tratament de la o formă la alta. Pentru această diferențiere se vor face teste imunohistochimice ce vor permite stabilirea exactă a tipului de cancer, în scopul abordării terapeutice optime.