

Condițiile specifice ale Asigurării suplimentare în caz de diagnosticare cu o afecțiune gravă (CIR3)

Exemplarul clientului

Am primit condițiile contractuale:

Nume _____

Semnătura _____

Data primirii _____

Capitole

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

Prevederi introductive

Asigurarea suplimentară în caz de diagnosticare cu o afecțiune gravă (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 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 acestei Asigurări Suplimentare.

Evenimente asigurate acoperite

- **Diagnosticarea cu una dintre următoarele afecțiuni, așa cum sunt definite în Anexa prezentelor Condiții contractuale:** infarct miocardic, cardiomiopatie, insuficiență renală, insuficiență hepatică cauzată de ciroză, bronhopneumonia cronică obstructivă, lupus eritematos sistemic, anemia aplastică, sclerodermia, deficiențe neurologice cauzate de accidentul vascular cerebral, scleroză

multiplă, Boala Alzheimer, Boala Parkinson, deficiențe neurologice cauzate de meningită și encefalită, SIDA, deficiențe neurologice cauzate de un traumatism cranio-cerebral, arsuri majore, paralizie, pierderea unui membru, orbirea, colita ulcerativă, Boala Crohn, tumori benigne intracraniene și ale coloanei vertebrale.

- **Necesitatea efectuării uneia dintre următoarele intervenții chirurgicale, conform definițiilor specifice din Anexă:** transplant de organe, bypass coronarian, intervenții ale valvelor cardiace și intervenții chirurgicale la nivelul aortei.

Indemnizația de asigurare pentru aceste Evenimente asigurate constă în plata Sumei asigurate, o singură dată, pe perioada de valabilitate a Asigurării Suplimentare.

După plata Indemnizației de asigurare pentru unul din cele două evenimente, Asigurarea Suplimentară încetează, fără a se mai plăti ulterior niciun alt Beneficiu sau Indemnizație și fără obligația Contractantului de mai plăti vreo primă pentru Asigurarea Suplimentară.

Pentru evaluarea Evenimentului asigurat sunt necesare documentele medicale specifice, menționate în Anexă, pentru fiecare afecțiune sau pentru necesitatea efectuării unei intervenții chirurgicale dintre cele menționate anterior, cu respectarea prevederilor prezentelor Condiții contractuale.

- **Beneficiul suplimentar**

Este reprezentat de **Beneficiul pentru efectuarea investigațiilor medicale** (denumit în continuare Beneficiu) pentru diagnosticarea uneia dintre afecțiunile acoperite de Asigurarea suplimentară.

Beneficiul poate fi solicitat doar după efectuarea următoarelor investigații pentru confirmarea sau infirmarea diagnosticului uneia dintre afecțiunile enumerate anterior, în secțiunea „Evenimentul asigurat acoperit”: 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. 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 Asigurat. 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, hematologie, chirurgie, neurochirurgie, dermatologie etc.) cu descrierea simptomatologiei clinice și rezultatele investigațiilor medicale de rutină (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 punctiilor, 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 și al intervenției care reprezintă tratamentul afecțiunii.

Beneficiul poate fi solicitat de către Asigurat chiar dacă investigațiile efectuate nu au confirmat diagnosticarea uneia dintre afecțiunile acoperite de prezenta Asigurare Suplimentară.

Producerea și anunțul Evenimentului asigurat

În cazul în care, pe perioada de valabilitate a Asigurării Suplimentare, Asiguratul este diagnosticat cu una dintre afecțiunile acoperite de Asigurarea Suplimentară sau există necesitatea efectuării uneia dintre cele patru intervenții chirurgicale: by-pass coronarian, intervenții ale valvelor cardiace, transplant de organe sau intervenții chirurgicale la nivelul aortei, Asigurătorul va plăti Asiguratului, în conformitate cu prevederile Condițiilor Contractuale, Indemnizația de asigurare, așa cum este descrisă mai sus, în capitolul „Evenimentul asigurat acoperit”, cu condiția supraviețuirii Asiguratului timp de 5 (cinci) zile de la data diagnosticării.

Dacă Evenimentul asigurat 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 afecțiuni grave este Asiguratul. În cazul în care acesta decedează după primele 5 zile de la diagnosticarea cu una dintre afecțiunile acoperite de Asigurarea Suplimentară, indemnizația de asigurare va fi platită 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/autorizată a acestora.

Asigurătorul va aprecia întinderea obligației de plată a Indemnizației de plată în funcție de rezultatele investigațiilor pe care le efectuează în condițiile prezentei Asigurării 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 depus la Asigurător și în condițiile în care Perioada de supraviețuire de 5 zile a luat sfârșit.

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

Prezenta asigurare include o Perioadă de așteptare de 90 (nouăzeci) de zile calendaristice, interval în care Asigurătorul nu va plăti Beneficiul pentru efectuarea investigațiilor pentru diagnosticare efectuate în acest interval.

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.

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

- (a) În situația solicitării Indemnizației de asigurare pentru oricare afecțiune care nu este listată în Anexă sau care nu îndeplinește condițiile din definițiile descrise în Anexă;
- (b) Existența unor afecțiuni medicale diagnosticate sau care s-au manifestat clinic înainte de semnarea Cererii de asigurare care nu au fost declarate la semnarea Cererii de

asigurare și care ar fi dus la neacordarea Asigurării suplimentare sau acordarea acesteia în alte condiții;

(c) Dacă afecțiunea care a cauzat Evenimentul asigurat a survenit ca urmare a agravării a unei Afecțiuni pre-existente sau unui accident anterior datei semnării Cererii de asigurare;

(d) Dacă afecțiunea ce reprezintă Evenimentul asigurat este cauzată de abuzul de alcool, droguri, autointoxicare sau abuzul de medicamente, sedative, narcotice, tranchilizante fără prescripția unui medic autorizat;

(e) Contractul de asigurare nu este plătit și Perioada de grație a expirat;

(f) Solicitarea Beneficiului suplimentar pentru Investigații pentru diagnosticare care nu sunt menționate în capitolul "Beneficiul suplimentar";

(g) Dacă afecțiunea care a cauzat Evenimentul asigurat se datorează unei tentative de suicid, auto-mutilării sau oricărei acțiuni voluntare a Asiguratului, inclusiv participarea la acțiuni hazardate, sporturi sau activități recreative ce implică riscuri serioase cum ar fi, spre exemplu: parașutismul, planorismul, automobilism, acrobația, cascadoria, speologia etc. neaduse la cunoștința Asigurătorului;

(h) În cazul decesului Asiguratului în intervalul de timp aferent Perioadei de supraviețuire Asigurătorul este exonerat de plata Indemnizației de asigurare;

(i) 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;

(j) 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 niciun eveniment asigurat ce constă în diagnosticarea cu una dintre afecțiunile acoperite de Asigurarea Suplimentară sau necesitatea efectuării uneia dintre intervențiile chirurgicale listate în Anexă și dacă nu există prime restante la data expirării asigurării suplimentare. Plata Indemnizației de maturitate nu este condiționată de plata Beneficiului suplimentar. Cu 45 de zile înainte de data de expirare a Asigurării suplimentare, 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

Indemnizații de asigurare pentru niciun Eveniment asigurat anterior și neanunțat sau plata Beneficiului suplimentar.

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 (șaizeci și cinci) 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 odată cu primele eşalonate aferente Contractului de asigurare, respectându-se frecvența și modalitatea de plată stabilită în Contractul de asigurare.

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 asigurat. Noua 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 Aniversarea contractului 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, 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-o 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 maturității Asigurării Suplimentare, prevăzută ca atare în cadrul Poliței de asigurare, fără ca Asigurătorul să fi plătit Indemnizația de asigurare;

(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) în urma producerii Evenimentului asigurat ce constă în diagnosticarea cu una dintre afecțiunile acoperite sau recomandarea pentru efectuarea uneia dintre intervențiile chirurgicale listate în Anexă, 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 în caz de diagnosticare cu o afecțiune gravă sunt aplicabile de la data 14.01.2019 și se vor aplica asigurărilor suplimentare încheiate după această dată.

Gerke Anno Witteween
Director Executiv Financiar



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

Gabriela Lupaș Țicu
Director Arie Marketing și 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 Perioada de supraviețuire, 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 de bază (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 pe durata valabilității Asigurării Suplimentare cu una dintre următoarele afecțiuni, așa cum sunt definite în Anexa prezentelor Condiții contractuale: infarct miocardic, cardiomiopatie, insuficiență renală, insuficiență hepatică cauzată de ciroză, bronhopneumonia cronică obstructivă, lupus eritematos sistemic, anemia aplastică, sclerodermia, deficiențe neurologice cauzate de accidentul vascular cerebral, scleroza multiplă, Boala Alzheimer, Boala Parkinson, deficiențe neurologice cauzate de meningită și encefalită, SIDA, deficiențe neurologice cauzate de un traumatism cranio-cerebral, arsuri grave, paralizie, pierderea unui membru, orbirea, colita ulcerativă, Boala Chron, tumori benigne intracraniene și ale coloanei vertebrale sau necesitatea efectuării uneia dintre următoarele intervenții chirurgicale, conform definițiilor specifice din Anexă: transplant de organe, bypass coronarian, intervenții ale valvelor cardiace și intervenții chirurgicale la nivelul aortei. 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 (excluzând Beneficiul suplimentar).
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 și acceptate în literatura medicală de specialitate ca fiind sigure și eficiente în tratarea sau diagnosticarea bolii sau condiției medicale respective.
Perioada de supraviețuire	Perioada de 5 (cinci) zile calendaristice calculată de la data stabilirii diagnosticului, la sfârșitul căreia Asiguratul trebuie să fie în viață în vederea acoperirii evenimentului asigurat.
Suma asigurată	Suma prevăzută în cadrul Contractului de asigurare, aferentă Asigurării suplimentare în caz de diagnosticare cu o afecțiune gravă, plătită în conformitate cu prevederile prezentelor Condiții specifice în cazul producerii Evenimentului asigurat.

Anexă

Afecțiuni grave

Diagnostic/Afecțiune medicală

Documente necesare pentru acordarea indemnizației de asigurare

Explicații care ne ajută să înțelegem diagnosticul

Infarctul miocardic acut:

Diagnosticul trebuie confirmat de medicul specialist cardiolog/internist pe baza cel puțin următoarelor 3 (trei) criterii:

- simptomatologie clinică sugestivă de infarct miocardic acut,
- modificări electrice noi față de traseele ECG anterioare (modificări în dinamică) sugestive de infarct miocardic acut,
- creșterea valorilor markerilor biochimici de infarct peste limita normală a laboratorului, cum ar fi CK-MB sau troponinele cardiace, sugestive de infarct miocardic acut.

Nu este considerat a fi eveniment asigurat diagnosticarea cu: miocardită, angină instabilă sau alte forme ale sindromului coronarian acut.

1. Biletul de externare și copia foii de observație în care să se menționeze diagnosticul, simptomatologia la momentul internării, modificările EKG și valorile CK-MB sau a troponinelor cardiace.

2. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

3. Alte documente care stabilesc istoricul medical personal (bilete de externare, rezultate consulturi, investigații, bilete de trimitere etc.)

Data evenimentului asigurat este data la care s-a produs infarctul miocardic.

Inima este irigată printr-o singură arteră. Atunci când există blocări ale fluxului de sânge prin artera respectivă, apar repercursiuni grave asupra mușchiului cardiac: inițial apare o diminuare a fluxului sanguin (ischemie) a zonei care, dacă persistă, poate duce la moartea (necroza) țesutului. Infarctul miocardic acut apare atunci când o parte din mușchiul inimii (miocardul) moare (se necrozează) în lipsa sângelui oxigenat.

Medicii cardiologi stabilesc diagnosticul infarctului miocardic pe criteriile clinice, electrice și enzimatic. Criteriul clinic constă în durere toracică caracteristică pentru infarct.

Criteriul electric presupune existența modificărilor pe traseul EKG (înregistrarea grafică a activității electrice a inimii), care descriu faza acută a infarctului miocardic.

Criteriul enzimatic este reprezentat de creșterea enzimelor miocardice de necroză: atât CK-MB (creatininkinaza) cât și troponinele cresc în primele 4-6 ore ale infarctului, ating un maxim la 12-24 de ore, după care încep să scadă (CK-MB revine la normal după 72 de ore, iar troponinele după 7-14 zile).

De ce nu acoperim miocardita, angina instabilă sau alte forme ale sindromului coronarian acut?

Deoarece prezența acestor afecțiuni nu presupune prezența necrozei mușchiului cardiac, astfel:

În cazul **anginei instabile**, există un dezechilibru între cererea de oxigen a miocardului (mușchiul inimii) în vederea desfășurării activității și oferta de oxigen dată de vasele coronariene (vase care transportă sânge în vederea vascularizării cordului). În urma producerii acestui dezechilibru, mușchiul are de suferit și apar manifestări clinice, dar acestea nu sunt cauzate de necroza miocardului, specifică infarctului.

Miocardita este o boală cardiovasculară care se manifestă printr-o inflamare a mușchiului inimii având o cauză infecțioasă (virală, bacteriană sau fungică).

Termenul de sindrom coronarian acut este utilizat pentru orice condiție declanșată brusc și caracterizată printr-o diminuare a fluxului sanguin către inimă. **Sindromul coronarian acut** se poate dezvolta lent, în timp, prin depuneri de lipide la nivelul arterelor inimii (construirea de plăci aterosclerotice). Infarctul miocardic și angina fac parte din sindromul coronarian acut.

Cardiomiopatia:

Diagnosticul trebuie confirmat de un medic cardiolog, cu prezentarea istoricului afecțiunii, cu descrierea următoarelor criterii:

- valoarea fracției de ejeție mai mică de 25%,
- intoleranța la efort care corespunde gradului IV de insuficiență cardiacă conform clasificării NYHA (New York Heart Association's classification).

1. Biletul de externare și copia foii de observație sau referat de la medicul cardiolog care să menționeze istoricul și evoluția bolii, simptomatologia actuală și clasificarea NYHA.

2. Rezultatul ecocardiografiei cu menționarea fracției de ejeție.

3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

Data evenimentului asigurat este data la care diagnosticul descris este stabilit de medicul cardiolog.

Cardiomiopatiile reprezintă afecțiuni primare ale mușchiului inimii (miocardului) caracterizate prin anomalii structurale și funcționale. Aceste anomalii apar independent de alte boli cardiace, cum ar fi: boala coronariană, hipertensiune arterială, boli ale valvelor cardiace sau boli cardiace congenitale).

Ecocardiografia este tehnica de examinare a inimii cu ajutorul ultrasunetelor, ce permite studierea dimensiunilor și performanțelor funcționale ale structurilor cardiace.

Fracția de ejeție reprezintă volumul de sânge pompat la fiecare contracție a inimii.

Insuficiența cardiacă este incapacitatea inimii de a pompa suficient sânge pentru a acoperi necesitățile metabolice ale organismului.

Clasificarea funcțională (în funcție de simptome) a insuficienței cardiace (NYHA – New York Heart Association):

Clasa I NYHA: activitatea fizică nu este limitată; pacientul este asimptomatic la efort.

Clasa II NYHA: activitatea fizică este limitată ușor; simptomele apar la activitate fizică mai mare decât cea uzuală (zilnică); fără simptome în repaus.

Clasa III NYHA: activitatea fizică uzuală produce simptome; simptomele dispar în repaus.

Clasa IV NYHA: limitare severă a activității fizice, simptomele apărând chiar și în repaus.

Insuficiența renală cronică:

Diagnosticul de certitudine confirmat de către un medic nefrolog, internist sau urolog, cu descrierea deficienței funcționale cronice ireversibilă a ambilor rinichi și indicație de dializă cronică sau de transplant renal.

Nu este considerat a fi eveniment asigurat diagnosticarea cu insuficiența renală acută reversibilă care necesită dializă temporară.

1. Biletul de externare și copia foii de observație din care să reiasă diagnosticul și necesitatea dializei permanente sau a efectuării unui transplant renal.

2. Analizele de sânge, uree și creatinina - valori actuale și istorice.

3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie și documente de la data diagnosticării inițiale a bolii renale.

Data evenimentului asigurat este data la care diagnosticul de certitudine este stabilit de medicul nefrolog, internist sau urolog.

De ce nu acoperim insuficiența renală acută reversibilă?

Atunci când rinichii își încetează activitatea în mod subit, chiar în decursul a două zile, este vorba despre o insuficiență renală acută și poate necesita dializă temporară. Cauzele acestui tip de insuficiență renală pot fi: vascularizarea insuficientă a rinichilor, infarctul miocardic, consumul de substanțe toxice/droguri.

Ca urmare a tratamentului specific al bolii care cauzează insuficiența renală sau ca urmare a îndepărtării cauzei respective rinichii își reiau activitatea normală.

Insuficiența hepatică cronică:

Diagnostic stabilit de medicul internist, gastroenterolog sau infecționist, având drept etiologie ciroza cauzată de virusul hepatic B sau C cu următoarele manifestări clinice:

- hipertensiune portală;
- ascită;
- encefalopatie hepatică.

1. Biletul de externare și copia foii de observație care stabilesc diagnosticul de insuficiență hepatică, cauza acesteia, complicațiile și simptomatologia prezentă.

2. Rezultatele testelor de laborator care confirmă infecția

Insuficiența hepatică este deteriorarea severă a funcției ficatului. Poate să apară ca o consecință a oricărei boli hepatice, inclusiv hepatită virală, ciroză sau ca rezultat al afectării hepatice produsă de alcool sau medicamente. Înainte să apară insuficiența hepatică, trebuie ca o mare parte din ficat să fie afectat. Insuficiența hepatică poate să apară rapid, în

cu virus hepatic B sau C și funcția alterată a ficatului (ALT, AST, GGT, bilirubina, proteine totale)

3. Valoarea tensiunii portale.
4. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie și documente de la data diagnosticării inițiale a bolii hepatice.

Data evenimentului asigurat este data la care diagnosticul descris este stabilit de medicul gastroenterolog, internist sau infecționist.

zile sau săptămâni (insuficiență hepatică acută) sau treptat, pe durata mai multor luni sau ani (insuficiență hepatică cronică).

Encefalopatia hepatică reprezintă o consecință a insuficienței hepatice. Funcția cerebrală se deteriorează deoarece ficatul nu mai poate metaboliza și elimina substanțele toxice, așa cum face de obicei. Acestea vor crește în sânge și vor afecta creierul, provocând somnolență, confuzie sau comă.

Ascita este tot o consecință a insuficienței hepatice ce constă în creșterea în volum a abdomenului prin acumularea de lichid.

Hipertensiunea portală reprezintă creșterea presiunii în vasele de sânge (vene) care aduc sângele de la nivelul intestinului la ficat.

Ecografia Doppler este o tehnică de examinare cu ajutorul ultrasunetelor, care poate determina valoarea tensiunii portale și poate confirma prezența lichidului de ascită.

Bronhopneumonia cronică obstructivă:

Diagnostic stabilit de medicul pneumolog în baza istoricului medical, a examenului clinic și a rezultatului spirometriei care confirmă stadiul IV al bolii, conform clasificării GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), caracterizat prin dispnee severă cu volumul expirator maxim pe secundă VEMS1 < 30% din valoarea prezisă sau VEMS1 între 30% și 50%, însoțit de insuficiență respiratorie, hipertensiune pulmonară și semne de insuficiență cardiacă.

1. Biletul de externare și copia foii de observație care să certifice diagnosticul și stadiul bolii și din care să reiasă simptomatologia clinică.

2. Rezultatul spirometriei.
3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie și documente de la data diagnosticării inițiale a afecțiunii respiratorii.

Data evenimentului asigurat este data la care diagnosticul descris este stabilit de medicul pneumolog.

Bronhopneumopatia cronică obstructivă este o afecțiune severă care determină progresiv incapacitatea de a respira, ca urmare a expunerii la particule nocive sau la gaze.

Spirometria este o investigație cu ajutorul căreia se verifică dacă capacitatea respiratorie a unei persoane este afectată. Practic, se măsoară cantitatea de aer inspirată și expirată într-un anumit interval de timp.

Dispnee – respirație greoaie și scurtă, datorată lipsei de aer percepută de pacient.

VEMS – fluxul (volumul) expirator maxim pe secundă (indice spirometric).

Lupusul eritematos sistemic:

Diagnostic stabilit de medicul reumatolog, cu existența următoarelor condiții:

- prezența anticorpilor anti-nucleari;
- prezența cu caracter permanent în ultimele 6 (șase) luni a cel puțin unuia dintre următoarele semne clinice:
 - deficit neurologic permanent* cu persistența simptomelor sau
 - afectarea aparatului renal cu rată de filtrare glomerulară sub 30ml/min

1. Biletul de externare și copia foii de observație care să confirme diagnosticul, complicațiile prezente, rezultatele investigațiilor efectuate și simptomatologia clinică.

2. Rezultatul ratei de filtrare glomerulară - istoric și prezent.
3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie și documente de la data diagnosticării inițiale a lupusului eritematos sistemic.

Data evenimentului asigurat este data la care diagnosticul descris este stabilit de medicul reumatolog.

Lupusul eritematos sistemic este o boală autoimună care afectează pielea și organele interne. În cazul bolilor autoimune, sistemul imunitar atacă și distruge în mod eronat țesuturile și organele umane. Bolile autoimune sistemice sunt caracterizate prin faptul că afectează mai multe tipuri de organe, dar și sisteme funcționale ale acestora, provocând tulburări imunologice. În general, tulburările imunologice se caracterizează prin producția de autoanticorpi, perturbarea răspunsului imun și a autoreglării. Producția de autoanticorpi reprezintă anomalia imunologică esențială în lupusul eritematos sistemic.

Anticorpii anti-nucleari sunt specifici acestei boli iar prezența acestora se corelează cu afectarea rinichilor (nefropatia lupică) sau afectarea sistemului nervos sau/și circulator.

Rata de filtrare glomerulară reprezintă volumul de plasmă filtrat de rinichi într-un interval de timp. Cea mai mare parte a filtratului glomerular este reabsorbit, astfel că doar 1-2% din filtratul glomerular va forma

urina finală. Rata de filtrare glomerulară este un marker cheie care indică boala renală cronică.

Anemia aplastică:

Diagnostic stabilit de medicul hematolog, pe baza existenței a cel puțin una dintre următoarele condiții:

- Asiguratului i s-a administrat regulat transfuzii de sânge în ultimele 3 (trei) luni;
- Asiguratului i s-a administrat regulat tratament cu imunosupresoare în ultimele 3 (trei) luni;
- Asiguratului i s-a recomandat efectuarea unui transplant de măduvă osoasă.

Nu este considerată a fi eveniment asigurat anemia aplastică reversibilă sau temporară.

1. Biletul de externare și copia foii de observație din care să reiasă diagnosticul de externare, rezultatele investigațiilor, conduita terapeutică aplicată și tratamentul urmat.
2. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie și documente de la data diagnosticării inițiale a anemiei aplastice.
3. Dovada că este înscris în programul pentru efectuarea transplantului de măduvă osoasă, după caz.

Data evenimentului asigurat este data la care diagnosticul descris este stabilit de medicul specialist.

Anemia aplastică este cauzată de o scădere a numărului tuturor tipurilor de celule sanguine produse de măduva osoasă. În mod normal, măduva produce un număr suficient de celule roșii (eritrocite), celule albe (leucocite) și trombocite noi, pentru a asigura funcționarea normală a organismului. Fiecare tip de celulă intră în fluxul sanguin, circulă și apoi moare, într-un anumit interval de timp. De exemplu, durata de viață normală a eritrocitelor este de aproximativ 120 de zile. În cazul în care măduva osoasă nu este capabilă să producă suficiente celule sanguine pentru a le înlocui pe cele care mor, pot apărea o serie de simptome, inclusiv cele datorate anemiei.

De ce nu este acoperită anemia aplastică reversibilă sau temporară?

Pentru că este o formă care se vindecă rapid prin eliminarea cauzei care a produs-o, cum ar fi expunerea la toxine sau administrarea de medicamente.

Sclerodermia (scleroza sistemică):

Diagnostic de certitudine, cu afectarea a cel puțin unuia dintre următoarele organe:

- plămâni - manifestată prin prezența fibrozei, dispneei și a hipertensiunii pulmonare;
- rinichi - manifestată prin prezența alterării funcției renale și a prezenței hipertensiunii arteriale;
- inimă - prin prezența insuficienței cardiace congestive.

1. Biletul de externare și copia foii de observație cu precizarea diagnosticului, a complicațiilor prezente și a rezultatelor investigațiilor pe baza cărora s-a stabilit diagnosticul și tratamentul urmat.
2. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie și documente de la data diagnosticării inițiale a sclerodermiei.

Data evenimentului asigurat este data la care diagnosticul de certitudine este stabilit de medicul specialist.

Sclerodermia sau scleroza sistemică este boală autoimună cronică **manifestată prin** îngroșarea pielii și acumulare de țesut cicatrizant (fibroză) care produce daune organelor interne (inimă și vasele sanguine, plămânii, stomacul și rinichii).

Dispnee – respirație greoaie și scurtă, datorată lipsei de aer percepută de pacient.

Hipertensiunea pulmonară reprezintă creșterea presiunii la nivelul arterelor pulmonare. Aceste artere transportă sangele de la inimă la plămâni în scopul creșterii concentrației de oxigen. Printre simptomele hipertensiunii pulmonare se numără: dispnee în timpul activităților de rutină, oboseală, dureri toracice, bătăi accentuate ale inimii.

Insuficiența cardiacă este incapacitatea inimii de a pompa suficient sânge pentru a acoperi necesitățile metabolice ale organismului.

Deficite neurologice permanente cauzate de accidentul vascular cerebral:

Diagnostic de accident vascular cerebral confirmat de un medic specialist neurolog și susținut de rezultatul unui examen computer tomograf sau RMN efectuat la momentul diagnosticării.

Deficitul neurologic permanent* trebuie confirmat printr-un examen neurologic de specialitate, la cel puțin o lună de la data producerii.

1. Rezultatul CT/RMN efectuat pentru diagnosticare.
2. Biletul de externare și copia foii de observație.
3. Consult neurologic actual după 1 lună de la data evenimentului, care să ateste caracterul permanent al deficitelor neurologice.
4. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

Data evenimentului asigurat este data consultului care certifică deficitul permanent neurologic.

Accidentul vascular cerebral apare atunci când un vas care furnizează sânge la nivelul unei zone a creierului se sparge sau este blocat de un cheag sangvin. În acest caz, celulele nervoase din acea zonă sunt afectate și pot muri în câteva ore. Ca rezultat, partea corpului care este controlată de zona afectată a creierului nu mai poate funcționa în condiții normale.

Scleroza multiplă:

Diagnostic de certitudine confirmat de medicul neurolog pe baza datelor clinice și a investigațiilor specifice: RMN, puncție lombară și potențiale evocate vizuale.

Sunt considerate a fi eveniment asigurat inclusiv formele remitente de scleroza multiplă.

1. Biletul de externare și copia foii de observație.

2. Rezultatele investigațiilor pe baza cărora s-a stabilit diagnosticul.

3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

Data evenimentului asigurat este data stabilirii diagnosticului de certitudine.

Scleroza multiplă reprezintă o afecțiune inflamatorie demielinizantă a sistemului

nervos central. Termenul de "scleroză multiplă" se referă la mai multe zone de cicatrizare - scleroza propriu zisă, care rezultă din distrugerea tecii de mielină din jurul nervilor. Aceasta distrugere se numește demielinizare.

Potențialele evocate reprezintă o metodă de studiere a activității electrice a căilor nervoase ale auzului, văzului și sensibilității corporale.

Boala Alzheimer:

Diagnostic de certitudine confirmat de un medic psihiatru/geriatru/neurolog, pe baza simptomatologiei datelor clinice și imagistice considerate necesare pentru certificarea afecțiunii.

1. Biletul de externare și copia foii de observație și rezultatele investigațiilor efectuate din care să reiasă diagnosticul de certitudine, istoricul și evoluția bolii.

2. Rezultatul CT/RMN (buletinul de interpretare).

3. copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

Data evenimentului asigurat este data stabilirii diagnosticului de certitudine.

Boala Alzheimer este o afecțiune neurologică care determină moartea unor celule de la nivelul creierului, având drept consecință pierderile de memorie și declinul cognitiv.

Boala Parkinson:

Diagnostic stabilit de un medic neurolog pe baza elementelor clinice și paraclinice care stabilesc diagnosticul Parkinson, conform clasificării Hoehn and Yahr.

Nu este considerat a fi eveniment asigurat stadiul I al Bolii Parkinson.

1. Biletul de externare și copia foii de observație, împreună cu rezultatele investigațiilor efectuate din care să reiasă diagnosticul de certitudine, istoricul și evoluția bolii.

2. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

Data evenimentului asigurat este data stabilirii diagnosticului de certitudine.

Boala Parkinson este o afecțiune neurologică degenerativă ce survine în urma distrugerii lente și continue a neuronilor producători de dopamină. **Dopamina** este un mediator chimic prin intermediul căruia celulele nervoase controlează mișcările corpului. În boala Parkinson, aceste celule nervoase, ce produc dopamina, se distrug ducând la nivele scăzute ale acesteia. Urmările sunt reprezentate de probleme ale mișcărilor corpului (tremor, rigiditate, lentoare în mișcări etc.). Boala are o evoluție progresivă, iar semnele și simptomele se acumulează în timp.

Scala Hoehn and Yahr permite evaluarea dezvoltării bolii Parkinson, clasificând-o în 5 stadii:

Stadiul 1 cuprinde semne unilaterale care nu antrenează vreun handicap în viața de zi cu zi, simptome deranjante, dar invalidante și tremor la nivelul unui membru.

Stadiul 2 cuprinde semne cu predominanță unilaterală, care antrenează un oarecare handicap, simptomele sunt bilaterale. Dizabilitatea motorie este minimă, însă echilibrul, mersul și postura sunt afectate.

Stadiul 3 cuprinde semne care atestă atingere bilaterală, cu o anumită instabilitate posturală, bolnavul rămânând totuși independent. Se observă încetinirea semnificativă a mișcărilor corpului. Echilibrul este afectat în timpul mersului sau ortostațiunii și este prezentă disfuncția generalizată de severitate medie.

Stadiul 4 cuprinde semne care antrenează un handicap sever și pierderea parțială a

autonomiei. Simptomele sunt severe: mersul este posibil doar pe distante limitate, persoana prezintă rigiditate și bradikinezie severă, de aceea este incapabilă să traiască singură. Uneori, tremorul poate fi mai diminuat decât în stadiile precoce.

Stadiul 5 în care, bolnavul este în scaun rulant sau la pat, fără autonomie și necesită îngrijire permanentă. Invaliditatea este completă.

SIDA:

Reprezintă ultimul stadiu al infecției cu virusul imunodeficienței umane (HIV) care atacă și distruge progresiv sistemul imunitar al organismului.

Diagnosticul trebuie susținut de rezultatul testului Western Blot care confirmă infecția cu HIV și de simptomatologia clinică recurentă caracteristică uneia dintre următoarele complicații: pneumocistoză, sindrom wasting, pneumonie bacterială recurentă, infecția cronică cu virus herpes simplex, candidoza esofagială, tuberculoza extrapulmonară, histoplasmoza extrapulmonară, criptococoza extrapulmonară, sarcomul Kaposi, encefalopatia.

1. Rezultatul testului Western Blot efectuat inițial pentru confirmarea infecției cu virusul HIV.
2. Raport medical completat de Centrul Regional pentru evaluarea, monitorizarea și tratarea infecției HIV/SIDA care să specifice: data luării în evidență, calea de transmitere, stadiul bolii
3. Biletele de externare care confirmă diagnosticarea cu una dintre complicațiile enumerate în definiția alăturată.

Data evenimentului asigurat este data confirmării stadiului SIDA al infecției cu HIV.

Testul **Western Blot** este un test de confirmare a infecției HIV.

Infecția HIV este diagnosticată prin utilizarea unui test de screening (ELISA) și a unui test de confirmare (Western Blot). Inițial, se efectuează un test ELISA. În cazul în care testul ELISA este pozitiv, se efectuează testul Western Blot pentru confirmare.

Deficite neurologice permanente cauzate de meningită:

Deficitul neurologic permanent* trebuie confirmat printr-un examen neurologic sau psihiatric, la cel puțin 6 (șase) săptămâni de la data stabilirii diagnosticului de meningită.

1. Biletul de externare și copia foii de observație care să conțină și rezultatele investigațiilor și descrierea simptomatologiei clinice.

2. Rezultatul unui consult neurologic actual, efectuat după cel puțin 6 săptămâni de la diagnosticare care să confirme caracterul permanent al deficitelor neurologice instalate după episodul acut al bolii.

Data evenimentului asigurat este data consultului care certifică deficitul permanent neurologic sau tulburarea psihică.

Meningita reprezintă inflamarea meningelor (membranele care acoperă creierul și coloana vertebrală), fiind cauzată de o bacterie sau un virus.

De ce este necesar termenul de 6 săptămâni?

Acest interval de 6 săptămâni este necesar pentru a confirma că deficitul neurologic este permanent.

Deficite neurologice permanente cauzate de encefalită:

Deficitul neurologic permanent* trebuie confirmat printr-un examen neurologic sau psihiatric, la cel puțin 6 (șase) săptămâni de la data stabilirii diagnosticului de encefalită acută.

1. Biletul de externare și copia foii de observație care să conțină rezultatele investigațiilor și descrierea simptomatologiei clinice.

2. Rezultatul unui consult neurologic actual, efectuat după cel puțin 6 (șase) săptămâni de la diagnosticare care să confirme caracterul permanent al deficitelor neurologice instalate după episodul acut al bolii.

Encefalita este afecțiunea ce constă în inflamația severă a substanței cerebrale (emisfere cerebrale, cerebel).

De ce este necesar termenul de 6 săptămâni?

Acest interval de 6 săptămâni este necesar pentru a confirma că deficitul neurologic este permanent.

Data evenimentului asigurat este data consultului care confirmă deficitul neurologic sau tulburarea psihică.

Deficite neurologice permanente cauzate de traumatism cranian:

Traumatismul cranian reprezintă totalitatea manifestărilor clinice (de boală) ce apar în urma unui traumatism ce implică cutia craniană și conținutul acesteia (neurocraniul), confirmate de un medic neurolog sau neurochirurg și susținute de investigații paraclinice, precum RMN sau computer tomograf.

Traumatismul trebuie să constituie un eveniment imprevizibil, survenit independent de voința Asiguratului, produs de acțiunea bruscă singulară în urma unui impact.

În urma producerii traumatismului, Asiguratul trebuie să prezinte deficit neurologic permanent* evaluat timp de cel puțin șase săptămâni.

Nu sunt considerate a fi eveniment asigurat traumatismele coloanei vertebrale.

1. Biletul de externare și copia foii de observație care să confirme producerea accidentului, diagnosticul de traumatism cranio cerebral major și deficitul neurologic rezultate în urma traumatismului.

2. Documente care să ateste data și circumstanțele producerii accidentului (de exemplu, Raport Poliție, Formularul de Înregistrare al Accidentului de Muncă, copia fișei UPU sau de intervenție a ambulanței etc.).

3. Rezultatul RMN/CT efectuat după producerea traumatismului.

4. Consult neurologic actual, care să ateste caracterul permanent al deficitelor neurologice după cel puțin 6 (șase) săptămâni de la data producerii accidentului.

Data evenimentului asigurat este data consultului care confirmă deficitul neurologic permanent.

De ce este necesar termenul de 6 săptămâni?

Acest interval de 6 săptămâni este necesar pentru a confirma că deficitul neurologic este permanent.

Arsuri majore:

Arsura reprezintă leziunea cauzată de acțiunea accidentală la nivelul tegumentelor a unor agenți externi: fizici sau chimici (foc, caldură, radiații, electricitate, substanțe chimice etc.). Sunt considerate a fi eveniment asigurat arsurile de gradul III, care lezează epidermul în totalitate și dermul în profunzime sau în totalitate, în următoarele situații:

- acoperă cel puțin puțin 20% din suprafața corpului sau
- implică cel puțin nasul, gura sau ochii sau
- sunt localizate la nivelul ambelor palme, la nivelul ambelor tălpi sau la nivelul aparatului respirator inferior.

1. Biletul de externare și copia foii de observație care să confirme gradul și suprafața arsurii, precum și menționarea zonelor afectate.

2. Documente care să ateste data și circumstanțele producerii accidentului (de exemplu, copia fișei UPU sau de intervenție a ambulanței, Raport Poliție, Formularul de Înregistrare al Accidentului de Muncă etc.)

Data evenimentului asigurat este data producerii accidentului.

Pielea este alcătuită din trei straturi: **epidermul** -stratul extern, **dermul** -stratul stratul de mijloc și **hipodermul** -stratul profund.

Plegia/paralizia:

Reprezintă pierderea funcționalității a două sau mai multe membre (paraplegie, hemiplegie, tetraplegie), cauzată de un accident sau o îmbolnăvire, certificată ca ireversibilă de un medic specialist neurolog, după cel puțin 3 (trei) luni de manifestări clinice.

Paralizia datorată auto-mutilării, paraliziiile parțiale, cele postvirale temporare, paraliziiile datorate unor

1. Biletul de externare și copia foii de observație care să ateste diagnosticul și membrele afectate de paralizie.

2. Documente care să ateste producerea accidentului, data și circumstanțele producerii acestuia, pentru paralizia produsă de un accident (de exemplu, copie fișă UPU sau de intervenție a ambulanței, Raport Poliție, Formularul de Înregistrare al

Paraplegia reprezintă paralizia membrelor inferioare – imposibilitatea de a le mișca.

Hemiplegia reprezintă paralizia care afectează o jumătate a corpului (dreapta sau stânga) și reprezintă imposibilitatea de a mișca mâna și piciorul de partea stângă/dreaptă.

Tetraplegia semnifică paralizia tuturor celor patru membre.

Paraliziile parțiale presupun pierderea funcției doar a unui segment de membru, nu a întregului membru.

<p>cauze psihice nu sunt considerate a fi eveniment asigurat.</p>	<p>Accidentului de Muncă etc.) 3. Consult neurologic după cel puțin 3 (trei) luni de la diagnosticare, care să confirme caracterul permanent al bolii. 4. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie pentru paralizia cauzată de o îmbolnăvire.</p> <p>Data evenimentului asigurat este data consultului care confirmă caracterul permanent al pierderii funcționalității membrilor.</p>	<p>De ce este necesar termenul de 3 luni? Această perioadă de trei luni este necesară pentru a confirma caracterul ireversibil al paraliziei.</p>
<p>Pierderea totală a vederii: Reprezintă pierderea totală permanentă și ireversibilă a acuității vizuale ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri (acuitate vizuală de cel puțin de 3/60 sau mai mică), certificată de un medic specialist oftalmolog, neputând fi corectată prin nici o formă de tratament.</p>	<p>1. Raport medical eliberat de medicul specialist oftalmolog care să confirme diagnosticul și să descrie evoluția bolii ce a cauzat orbirea permanentă a ambilor ochi, data diagnosticării inițiale. 2. Bilet de externare. 3. Documente care să ateste data și circumstanțele producerii accidentului.</p> <p>Data evenimentului asigurat este data la care diagnosticul definitiv este confirmat de medicul specialist oftalmolog.</p>	<p>Acuitatea vizuală înseamnă capacitatea percepției vizuale, adică gradul în care o persoană poate distinge detaliile fine. Acuitatea vizuală se stabilește pe baza unor scale, acuitatea vizuală normală fiind 1.</p>
<p>Pierderea unui membru: Reprezintă pierderea permanentă a cel puțin unui membru de la sau deasupra încheieturii mâinii sau a gleznei cauzată de o îmbolnăvire sau un accident.</p>	<p>1. Biletul de externare și copia foii de observație. 2. Documente care să ateste data și circumstanțele producerii accidentului (de exemplu, copie fișă UPU sau de intervenție a ambulanței, Raport Poliție, Formularul de Înregistrare al Accidentului de Muncă etc.) 3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie pentru paralizia cauzată de o îmbolnăvire.</p> <p>Data evenimentului asigurat este data la care a avut loc accidentul sau intervenția chirurgicală.</p>	
<p>Colita ulcerativă tratată prin colectomie (excizia colonului): Diagnosticul trebuie confirmat de un medic gastroenterolog sau chirurg. În actualul context termenul colită ulcerativă descrie stadiul avansat al bolii, în care Asiguratul a suferit intervenția chirurgicală pentru excizia colonului (colectomie).</p>	<p>1. Biletul de externare și copia foii de observație care să confirme diagnosticul și intervenția chirurgicală efectuată pentru excizia colonului (colectomie). 2. Rezultatele investigațiilor imagistice și de laborator efectuate pentru diagnosticarea inițială. 3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.</p> <p>Data evenimentului asigurat este data intervenției chirurgicale.</p>	<p>Colita ulcerativă este o boală inflamatorie cronică a colonului și rectului, de natură autoimună.</p>

Boala Chron tratată prin rezecție intestinală:

Diagnosticul trebuie confirmat de un medic gastroenterolog sau chirurg. În actualul context termenul Boala Chron descrie stadiul avansat al bolii, în care Asiguratul a suferit o intervenție chirurgicală pentru rezecția unui segment intestinal.

1. Biletul de externare și copia foii de observație care să confirme diagnosticul și intervenția chirurgicală efectuată pentru excizia segmentului intestinal.
2. Rezultatele investigațiilor efectuate pentru diagnosticarea inițială.
3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

Data evenimentului asigurat este data intervenției chirurgicale.

Boala Chron este o inflamație cronică, de origine necunoscută, care poate afecta orice porțiune a sistemului digestiv, de la cavitatea bucală până la anus, însă are predilecție pentru porțiunea terminală a intestinului subțire (ileon) și intestinului gros (colon). Boala Crohn afectează straturile profunde ale tubului digestiv, cauzând ulcerații la acest nivel.

Tumori benigne intracraniene:

Diagnosticul de certitudine confirmat de un medic neurolog/neurochirurg pe baza investigațiilor paraclinice (CT/RMN, biopsie etc.) și a manifestărilor clinice persistente (cefalee, greață, vărsături, somnolență, convulsii, slăbiciune sau paralizie, tulburări de vedere sau de vorbire). Sunt acoperite tumorile țesutului cerebral, tumori ale membranelor care acoperă creierul, tumori ale nervului acustic și vestibular, tumori ale vaselor de sânge ale creierului, tumori ale glandei pituitare.

Nu sunt considerate a fi eveniment asigurat hematoamele intracraniene.

1. Biletul de externare sau copia foii de observație care să confirme diagnosticul, rezultatele investigațiilor (CT/RMN etc.).
2. Rezultatul examenului histopatologic.
3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

Data evenimentului asigurat este data stabilirii diagnosticului de certitudine.

Prin **tumoră** se înțelege o masă anormală de țesut, rezultată ca urmare a unei înmulțiri excesive, necontrolate și ireversibile a celulelor.

Tumorile benigne sunt cele care nu se pot răspândi, nu provoacă în mod normal complicații grave pentru sănătate, însă atunci când se dezvoltă exagerat, pot deteriora țesutul adiacent și organul din proximitate.

Hematomul reprezintă o colecție de sânge într-un organ sau într-un țesut, apărută ca urmare a unei hemoragii, având întotdeauna drept cauză un traumatism.

Glanda pituitară (hipofiză) este o glandă endocrină (care secretă hormoni) cu funcții multiple, situată în partea anterioară a creierului și având o mare influență asupra celorlalte glande.

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

Examenul histopatologic (HP) reprezintă examinarea microscopică a unei probe de țesut din organul suspectat cu scopul obținerii diagnosticului de certitudine a leziunii suspecte: benignă sau malignă.

Tumori benigne ale coloanei vertebrale:

Diagnosticul de certitudine confirmat de un medic neurolog/neurochirurg pe baza investigațiilor paraclinice (CT/RMN, biopsie etc.).

Sunt considerate a fi eveniment asigurat tumorile benigne intramedulare și extramedulare, tumorile benigne vertebrale și tumorile benigne ale nervilor intervertebrali.

Nu sunt considerate a fi eveniment asigurat hematoamele situate la nivelul coloanei vertebrale.

1. Biletul de externare și copia foii de observație care să confirme diagnosticul, cu precizarea rezultatelor investigațiilor (CT/RMN, etc.).
2. Rezultatul examenului histopatologic.
3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie și documente medicale de la diagnosticarea inițială a bolii.

Data evenimentului asigurat este data stabilirii diagnosticului de certitudine.

Tumorile intramedulare sunt tumorile cu situate în interiorul maduvei sau în interiorul foiței care acoperă măduva.

Tumorile extramedulare sunt situate în afara foiței care acoperă măduva.

Intervenții chirurgicale

Denumire intervenție chirurgicală pentru care s-a stabilit necesitatea medicală

Documente medicale necesare pentru plata indemnizației de asigurare

Explicații

Transplantul de organe:

Necesitatea medicală de a trata stadiul final și ireversibil al unei boli severe care a condus la pierderea funcționalității a organului sau a măduvei osoase, dovedită de un medic specialist pe baza unor teste specifice de laborator sau imagistice.

Asiguratul trebuie să fie beneficiarul transplantului și trebuie confirmat pe lista oficială de așteptare.

Prin intermediul prezentei Asigurări suplimentare se plătește indemnizația pentru necesitatea efectuării transplantului de ficat, rinchi, pancreas, cord-pulmon și de măduvă osoasă.

Necesitatea efectuării transplantului de piele, de celule stem sau de celule pancreatice nu sunt considerate a fi eveniment asigurat.

1. Biletul de externare și copia foii de observație și rezulatele investigațiilor care au dus la stabilirea diagnosticului.

2. Recomandarea medicală pentru efectuarea intervenției chirurgicale emisă de medicul specialist, cu susținerea diagnosticului

3. Confirmarea înscrierii pe o listă oficială de așteptare pentru efectuarea transplantului.

4. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

Data evenimentului asigurat este data recomandării medicale pentru efectuarea transplantului.

By-pass-ul coronarian:

Necesitatea medicală de a corecta îngustarea sau blocarea arterei coronare printr-o intervenție chirurgicală prin inserarea unui by-pass coronarian. Recomandarea medicală trebuie făcută de către un medic cardiolog, pe baza unui diagnostic susținut de rezultatul unei coronarografii.

Nu sunt considerate a fi eveniment asigurat necesitatea medicală pentru efectuarea de revascularizare percutană (angioplastia cu balon - PTCA) cu sau fără stent, rotablația, aterectomia, tehnici laser sau orice alte tehnici de îndepărtare a plăcilor ateromatoase), precum și orice altă procedură ce implică cateterizare vasculară (de exemplu, cateterism cardiac).

1. Rezultatul angiografiei care să confirme alterarea sau blocajul arterei.

2. Recomandarea medicală efectuată de medicul specialist cardiolog pentru efectuarea by-passului coronarian, biletul de externare și copia foii de observație.

3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie și documente de la data diagnosticării inițiale a afecțiunii circulatorii.

Data evenimentului asigurat este data recomandării de la medicul cardiolog pentru efectuarea by-pass-ului coronarian.

Cateterizarea vasculară este un procedeu care constă în introducerea unui dispozitiv medical într-un vas de sânge în scop exploratoriu.

Procedurile de revascularizare percutane/ intervențiile percutane se referă la orice procedură medicală de restabilire a fluxului sanguin la nivelul arterelor coronare care nu implică secționarea sternului. Acestea includ, dar fără a se limita la, angioplastia cu balon (cu sau fără stent), rotablația, aterectomia.

Stentul este un mic dispozitiv metalic ce se poate introduce într-o arteră pentru a o menține deschisă.

Bypass-ul coronarian este o intervenție de revascularizare cu secționarea sternului, folosită pentru a îmbunătăți fluxul sanguin al inimii la pacienții cu afecțiuni severe ale arterelor coronare.

Intervenții chirurgicale ale valvelor cardiace:

Intervenția chirurgicală recomandată de un medic specialist cardiolog, iar diagnosticul trebuie susținut de investigații medicale specifice.

Este considerat a fi eveniment asigurat necesitatea medicală de a efectua o intervenție chirurgicală pentru corectarea sau înlocuirea unei valve cardiace.

1. Rezultatul ecocardiografiei sau angiografiei, biletul de externare și copia foii de observație;

2. Raport medical efectuat de medicul cardiolog care să menționeze istoricul afecțiunii sau bilet de externare și copia foii de observație.

3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie și alte documente care atestă istoricul afecțiunii.

Data evenimentului asigurat este

În structura inimii intră patru elemente numite **valve**, ce asigură circulația sângelui în interiorul acestora și legătura cu restul organismului.

Acestea sunt: mitrala, aortica, pulmonara și tricuspida. În anumite situații, aceste valve se deteriorează, uneori fiind necesară repararea sau înlocuirea lor.

data recomandării de la medicul cardiolog pentru efectuarea intervenției chirurgicale.

Intervenții chirurgicale la nivelul aortei:

Este considerat a fi eveniment asigurat necesitatea medicală de a efectua o intervenție chirurgicală la nivelul aortei, cauzată de un anevrism, o stenoză, obstrucție sau disecție.

Termenul aortă semnifică în acest context aorta toracică și abdominală, fără ramificațiile acestora.

1. Bilet de externare și copia foii de observație.
2. Recomandarea medicală de la medicul cardiolog sau chirurg vascular.
3. Rezultatul CT/RMN sau aortografiei sau ecografiei transtoracice sau transesofagiană.
4. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

Data evenimentului asigurat este data recomandării de la medicul cardiolog sau chirurg pentru efectuarea intervenției chirurgicale.

Aorta este cea mai mare arteră din corpul nostru, care pompează sângele încărcat cu oxigen de la inimă spre celelalte organe ale corpului. De la interior la exterior, aorta este compusă din trei tunici (straturi): intima – stratul cel mai profund, subțire și ușor de traumatizat, media – responsabil de rezistența aortei, format din țesut elastic și adventicea, care este formată din colagen.

Anevrismul aortei reprezintă o dilatare patologică a unui segment al aortei, cu tendința la expansiune și ruptură. **Stenoza** reprezintă o diminuare/îngustare patologică permanentă a unui canal sau orificiu organic.

Obstrucția este oprirea bruscă a fluxului sângelui la nivelul arterei aortice, datorită unui tromb (cheag de sânge). **Disecția** aortică este o despicătură a tunicii medii a aortei.

Deficit neurologic permanent: simptome sau disfuncționalități ale sistemului nervos, cu caracter permanent, prezente la momentul examinării clinice. Trebuie descrise cel puțin una dintre următoarele simptome: paralizie, plegie, spasticitate, dizartrie (incapacitatea de a articula cuvinte), afazie (tulburări de limbaj), tulburări de vedere, surditate, dificultate în mers, lipsa coordonării mișcărilor, convulsii, tulburări cognitive, comă.

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 acestuia, 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 de diagnosticare și uneori terapeutic, folosită pentru recoltarea de fragmente de țesuturi sau lichide din cavitati 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.

Condițiile specifice ale Asigurării suplimentare în caz de diagnosticare cu o afecțiune gravă (CIR3)

Exemplar de returnat la sediul central

Am primit condițiile contractuale:

Nume _____

Semnătura _____

Data primirii _____

Capitole

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

Prevederi introductive

Asigurarea suplimentară în caz de diagnosticare cu o afecțiune gravă (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 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 acestei Asigurări Suplimentare.

Evenimente asigurate acoperite

- **Diagnosticarea cu una dintre următoarele afecțiuni, așa cum sunt definite în Anexa prezentelor Condiții contractuale:** infarct miocardic, cardiomiopatie, insuficiență renală, insuficiență hepatică cauzată de ciroză, bronhopneumonia cronică obstructivă, lupus eritematos sistemic, anemia aplastică, sclerodermia, deficiențe neurologice cauzate de accidentul vascular cerebral, scleroză

multiplă, Boala Alzheimer, Boala Parkinson, deficiențe neurologice cauzate de meningită și encefalită, SIDA, deficiențe neurologice cauzate de un traumatism cranio-cerebral, arsuri majore, paralizie, pierderea unui membru, orbirea, colita ulcerativă, Boala Crohn, tumori benigne intracraniene și ale coloanei vertebrale.

- **Necesitatea efectuării uneia dintre următoarele intervenții chirurgicale, conform definițiilor specifice din**

Anexă: transplant de organe, bypass coronarian, intervenții ale valvelor cardiace și intervenții chirurgicale la nivelul aortei.

Indemnizația de asigurare pentru aceste Evenimente asigurate constă în plata Sumei asigurate, o singură dată, pe perioada de valabilitate a Asigurării Suplimentare.

După plata Indemnizației de asigurare pentru unul din cele două evenimente, Asigurarea Suplimentară încetează, fără a se mai plăti ulterior niciun alt Beneficiu sau Indemnizație și fără obligația Contractantului de mai plăti vreo primă pentru Asigurarea Suplimentară.

Pentru evaluarea Evenimentului asigurat sunt necesare documentele medicale specifice, menționate în Anexă, pentru fiecare afecțiune sau pentru necesitatea efectuării unei intervenții chirurgicale dintre cele menționate anterior, cu respectarea prevederilor prezentelor Condiții contractuale.

- **Beneficiul suplimentar**

Este reprezentat de **Beneficiul pentru efectuarea investigațiilor medicale** (denumit în continuare Beneficiu) pentru diagnosticarea uneia dintre afecțiunile acoperite de Asigurarea suplimentară.

Beneficiul poate fi solicitat doar după efectuarea următoarelor investigații pentru confirmarea sau infirmarea diagnosticului uneia dintre afecțiunile enumerate anterior, în secțiunea „Evenimentul asigurat acoperit”: 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. 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, hematologie, chirurgie, neurochirurgie, dermatologie etc.) cu descrierea simptomatologiei clinice și rezultatele investigațiilor medicale de rutină (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 punctiilor, 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 și al intervenției care reprezintă tratamentul afecțiunii.

Beneficiul poate fi solicitat de către Asigurat chiar dacă investigațiile efectuate nu au confirmat diagnosticarea uneia dintre afecțiunile acoperite de prezenta Asigurare Suplimentară.

Producerea și anunțul Evenimentului asigurat

În cazul în care, pe perioada de valabilitate a Asigurării Suplimentare, Asiguratul este diagnosticat cu una dintre afecțiunile acoperite de Asigurarea Suplimentară sau există necesitatea efectuării uneia dintre cele patru intervenții chirurgicale: by-pass coronarian, intervenții ale valvelor cardiace, transplant de organe sau intervenții chirurgicale la nivelul aortei, Asigurătorul va plăti Asiguratului, în conformitate cu prevederile Condițiilor Contractuale, Indemnizația de asigurare, așa cum este descrisă mai sus, în capitolul „Evenimentul asigurat acoperit”, cu condiția supraviețuirii Asiguratului timp de 5 (cinci) zile de la data diagnosticării.

Dacă Evenimentul asigurat 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 afecțiuni grave este Asiguratul. În cazul în care acesta decedează după primele 5 zile de la diagnosticarea cu una dintre afecțiunile acoperite de Asigurarea Suplimentară, indemnizația de asigurare va fi platită 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/autorizată a acestora.

Asigurătorul va aprecia întinderea obligației de plată a Indemnizației de plată în funcție de rezultatele investigațiilor pe care le efectuează în condițiile prezentei Asigurării 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 depus la Asigurător și în condițiile în care Perioada de supraviețuire de 5 zile a luat sfârșit.

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

Prezenta asigurare include o Perioadă de așteptare de 90 (nouăzeci) de zile calendaristice, interval în care Asigurătorul nu va plăti Beneficiul pentru efectuarea investigațiilor pentru diagnosticare efectuate în acest interval.

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.

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

- (a) În situația solicitării Indemnizației de asigurare pentru oricare afecțiune care nu este listată în Anexă sau care nu îndeplinește condițiile din definițiile descrise în Anexă;
- (b) Existența unor afecțiuni medicale diagnosticate sau care s-au manifestat clinic înainte de semnarea Cererii de asigurare care nu au fost declarate la semnarea Cererii de

asigurare și care ar fi dus la neacordarea Asigurării suplimentare sau acordarea acesteia în alte condiții;

(c) Dacă afecțiunea care a cauzat Evenimentul asigurat a survenit ca urmare a agravării a unei Afecțiuni pre-existente sau unui accident anterior datei semnării Cererii de asigurare;

(d) Dacă afecțiunea ce reprezintă Evenimentul asigurat este cauzată de abuzul de alcool, droguri, autointoxicare sau abuzul de medicamente, sedative, narcotice, tranchilizante fără prescripția unui medic autorizat;

(e) Contractul de asigurare nu este plătit și Perioada de grație a expirat;

(f) Solicitarea Beneficiului suplimentar pentru Investigații pentru diagnosticare care nu sunt menționate în capitolul "Beneficiul suplimentar";

(g) Dacă afecțiunea care a cauzat Evenimentul asigurat se datorează unei tentative de suicid, auto-mutilării sau oricărei acțiuni voluntare a Asiguratului, inclusiv participarea la acțiuni hazardate, sporturi sau activități recreative ce implică riscuri serioase cum ar fi, spre exemplu: parașutismul, planorismul, automobilism, acrobația, cascadoria, speologia etc. neaduse la cunoștința Asigurătorului;

(h) În cazul decesului Asiguratului în intervalul de timp aferent Perioadei de supraviețuire Asigurătorul este exonerat de plata Indemnizației de asigurare;

(i) 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;

(j) 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 niciun eveniment asigurat ce constă în diagnosticarea cu una dintre afecțiunile acoperite de Asigurarea Suplimentară sau necesitatea efectuării uneia dintre intervențiile chirurgicale listate în Anexă și dacă nu există prime restante la data expirării asigurării suplimentare. Plata Indemnizației de maturitate nu este condiționată de plata Beneficiului suplimentar. Cu 45 de zile înainte de data de expirare a Asigurării suplimentare, 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

Indemnizații de asigurare pentru niciun Eveniment asigurat anterior și neanunțat sau plata Beneficiului suplimentar.

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 (șaizeci și cinci) de ani pentru Asigurat.

Vârsta Asiguratului la momentul încheierii prezentei Asigurării Suplimentare nu poate fi mai mică de 16 (șaizeci și șase) 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 odată cu primele eşalonate aferente Contractului de asigurare, respectându-se frecvența și modalitatea de plată stabilită în Contractul de asigurare.

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 asigurat. Noua 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 Aniversarea contractului 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, 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-o 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 maturității Asigurării Suplimentare, prevăzută ca atare în cadrul Poliței de asigurare, fără ca Asigurătorul să fi plătit Indemnizația de asigurare;

(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) în urma producerii Evenimentului asigurat ce constă în diagnosticarea cu una dintre afecțiunile acoperite sau recomandarea pentru efectuarea uneia dintre intervențiile chirurgicale listate în Anexă, 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 în caz de diagnosticare cu o afecțiune gravă sunt aplicabile de la data 14.01.2019 și se vor aplica asigurărilor suplimentare încheiate după această dată.

Gerke Anno Witteween
Director Executiv Financiar



Gabriela Lupaș Țicu
Director Arie Marketing și 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 Perioada de supraviețuire, 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 de bază (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 domeniul de către instituțiile abilitate.
Eveniment asigurat	Diagnosticarea Asiguratului pe durata valabilității Asigurării Suplimentare cu una dintre următoarele afecțiuni, așa cum sunt definite în Anexa prezentelor Condiții contractuale: infarct miocardic, cardiomiopatie, insuficiență renală, insuficiență hepatică cauzată de ciroză, bronhopneumonia cronică obstructivă, lupus eritematos sistemic, anemia aplastică, sclerodermia, deficiențe neurologice cauzate de accidentul vascular cerebral, scleroza multiplă, Boala Alzheimer, Boala Parkinson, deficiențe neurologice cauzate de meningită și encefalită, SIDA, deficiențe neurologice cauzate de un traumatism cranio-cerebral, arsuri grave, paralizie, pierderea unui membru, orbirea, colita ulcerativă, Boala Chron, tumori benigne intracraniene și ale coloanei vertebrale sau necesitatea efectuării uneia dintre următoarele intervenții chirurgicale, conform definițiilor specifice din Anexă: transplant de organe, bypass coronarian, intervenții ale valvelor cardiace și intervenții chirurgicale la nivelul aortei. 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 (excluzând Beneficiul suplimentar).
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 și acceptate în literatura medicală de specialitate ca fiind sigure și eficiente în tratarea sau diagnosticarea bolii sau condiției medicale respective.
Perioada de supraviețuire	Perioada de 5 (cinci) zile calendaristice calculată de la data stabilirii diagnosticului, la sfârșitul căreia Asiguratul trebuie să fie în viață în vederea acoperirii evenimentului asigurat.
Suma asigurată	Suma prevăzută în cadrul Contractului de asigurare, aferentă Asigurării suplimentare în caz de diagnosticare cu o afecțiune gravă, plătită în conformitate cu prevederile prezentelor Condiții specifice în cazul producerii Evenimentului asigurat.

Anexă

Afecțiuni grave

Diagnostic/Afecțiune medicală

Documente necesare pentru acordarea indemnizației de asigurare

Explicații care ne ajută să înțelegem diagnosticul

Infarctul miocardic acut:

Diagnosticul trebuie confirmat de medicul specialist cardiolog/internist pe baza cel puțin următoarelor 3 (trei) criterii:

- simptomatologie clinică sugestivă de infarct miocardic acut,
- modificări electrice noi față de traseele ECG anterioare (modificări în dinamică) sugestive de infarct miocardic acut,
- creșterea valorilor markerilor biochimici de infarct peste limita normală a laboratorului, cum ar fi CK-MB sau troponinele cardiace, sugestive de infarct miocardic acut.

Nu este considerat a fi eveniment asigurat diagnosticarea cu: miocardită, angină instabilă sau alte forme ale sindromului coronarian acut.

1. Biletul de externare și copia foii de observație în care să se menționeze diagnosticul, simptomatologia la momentul internării, modificările EKG și valorile CK-MB sau a troponinelor cardiace.

2. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

3. Alte documente care stabilesc istoricul medical personal (bilete de externare, rezultate consulturi, investigații, bilete de trimitere etc.)

Data evenimentului asigurat este data la care s-a produs infarctul miocardic.

Inima este irigată printr-o singură arteră. Atunci când există blocări ale fluxului de sânge prin artera respectivă, apar repercursiuni grave asupra mușchiului cardiac: inițial apare o diminuare a fluxului sanguin (ischemie) a zonei care, dacă persistă, poate duce la moartea (necroza) țesutului. Infarctul miocardic acut apare atunci când o parte din mușchiul inimii (miocardul) moare (se necrozează) în lipsa sângelui oxigenat.

Medicii cardiologi stabilesc diagnosticul infarctului miocardic pe criteriile clinice, electrice și enzimatic. Criteriul clinic constă în durere toracică caracteristică pentru infarct.

Criteriul electric presupune existența modificărilor pe traseul EKG (înregistrarea grafică a activității electrice a inimii), care descriu faza acută a infarctului miocardic.

Criteriul enzimatic este reprezentat de creșterea enzimelor miocardice de necroză: atât CK-MB (creatininkinaza) cât și troponinele cresc în primele 4-6 ore ale infarctului, ating un maxim la 12-24 de ore, după care încep să scadă (CK-MB revine la normal după 72 de ore, iar troponinele după 7-14 zile).

De ce nu acoperim miocardita, angina instabilă sau alte forme ale sindromului coronarian acut?

Deoarece prezența acestor afecțiuni nu presupune prezența necrozei mușchiului cardiac, astfel:

În cazul **anginei instabile**, există un dezechilibru între cererea de oxigen a miocardului (mușchiul inimii) în vederea desfășurării activității și oferta de oxigen dată de vasele coronariene (vase care transportă sânge în vederea vascularizării cordului). În urma producerii acestui dezechilibru, mușchiul are de suferit și apar manifestări clinice, dar acestea nu sunt cauzate de necroza miocardului, specifică infarctului.

Miocardita este o boală cardiovasculară care se manifestă printr-o inflamare a mușchiului inimii având o cauză infecțioasă (virală, bacteriană sau fungică).

Termenul de sindrom coronarian acut este utilizat pentru orice condiție declanșată brusc și caracterizată printr-o diminuare a fluxului sanguin către inimă. **Sindromul coronarian acut** se poate dezvolta lent, în timp, prin depuneri de lipide la nivelul arterelor inimii (construirea de plăci aterosclerotice). Infarctul miocardic și angina fac parte din sindromul coronarian acut.

Cardiomiopatia:

Diagnosticul trebuie confirmat de un medic cardiolog, cu prezentarea istoricului afecțiunii, cu descrierea următoarelor criterii:

- valoarea fracției de ejeție mai mică de 25%,
- intoleranța la efort care corespunde gradului IV de insuficiență cardiacă conform clasificării NYHA (New York Heart Association's classification).

1. Biletul de externare și copia foii de observație sau referat de la medicul cardiolog care să menționeze istoricul și evoluția bolii, simptomatologia actuală și clasificarea NYHA.

2. Rezultatul ecocardiografiei cu menționarea fracției de ejeție.

3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

Data evenimentului asigurat este data la care diagnosticul descris este stabilit de medicul cardiolog.

Cardiomiopatiile reprezintă afecțiuni primare ale mușchiului inimii (miocardului) caracterizate prin anomalii structurale și funcționale. Aceste anomalii apar independent de alte boli cardiace, cum ar fi: boala coronariană, hipertensiune arterială, boli ale valvelor cardiace sau boli cardiace congenitale).

Ecocardiografia este tehnica de examinare a inimii cu ajutorul ultrasunetelor, ce permite studierea dimensiunilor și performanțelor funcționale ale structurilor cardiace.

Fracția de ejeție reprezintă volumul de sânge pompat la fiecare contracție a inimii.

Insuficiența cardiacă este incapacitatea inimii de a pompa suficient sânge pentru a acoperi necesitățile metabolice ale organismului.

Clasificarea funcțională (în funcție de simptome) a insuficienței cardiace (NYHA – New York Heart Association):

Clasa I NYHA: activitatea fizică nu este limitată; pacientul este asimptomatic la efort.

Clasa II NYHA: activitatea fizică este limitată ușor; simptomele apar la activitate fizică mai mare decât cea uzuală (zilnică); fără simptome în repaus.

Clasa III NYHA: activitatea fizică uzuală produce simptome; simptomele dispar în repaus.

Clasa IV NYHA: limitare severă a activității fizice, simptomele apărând chiar și în repaus.

Insuficiența renală cronică:

Diagnosticul de certitudine confirmat de către un medic nefrolog, internist sau urolog, cu descrierea deficienței funcționale cronice ireversibilă a ambilor rinichi și indicație de dializă cronică sau de transplant renal.

Nu este considerat a fi eveniment asigurat diagnosticarea cu insuficiența renală acută reversibilă care necesită dializă temporară.

1. Biletul de externare și copia foii de observație din care să reiasă diagnosticul și necesitatea dializei permanente sau a efectuării unui transplant renal.

2. Analizele de sânge, uree și creatinina - valori actuale și istorice.

3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie și documente de la data diagnosticării inițiale a bolii renale.

Data evenimentului asigurat este data la care diagnosticul de certitudine este stabilit de medicul nefrolog, internist sau urolog.

De ce nu acoperim insuficiența renală acută reversibilă?

Atunci când rinichii își încetează activitatea în mod subit, chiar în decursul a două zile, este vorba despre o insuficiență renală acută și poate necesita dializă temporară. Cauzele acestui tip de insuficiență renală pot fi: vascularizarea insuficientă a rinichilor, infarctul miocardic, consumul de substanțe toxice/droguri.

Ca urmare a tratamentului specific al bolii care cauzează insuficiența renală sau ca urmare a îndepărtării cauzei respective rinichii își reiau activitatea normală.

Insuficiența hepatică cronică:

Diagnostic stabilit de medicul internist, gastroenterolog sau infecționist, având drept etiologie ciroza cauzată de virusul hepatic B sau C cu următoarele manifestări clinice:

- hipertensiune portală;
- ascită;
- encefalopatie hepatică.

1. Biletul de externare și copia foii de observație care stabilesc diagnosticul de insuficiență hepatică, cauza acesteia, complicațiile și simptomatologia prezentă.

2. Rezultatele testelor de laborator care confirmă infecția

Insuficiența hepatică este deteriorarea severă a funcției ficatului. Poate să apară ca o consecință a oricărei boli hepatice, inclusiv hepatită virală, ciroză sau ca rezultat al afectării hepatice produsă de alcool sau medicamente. Înainte să apară insuficiența hepatică, trebuie ca o mare parte din ficat să fie afectat. Insuficiența hepatică poate să apară rapid, în

cu virus hepatic B sau C și funcția alterată a ficatului (ALT, AST, GGT, bilirubina, proteine totale)

3. Valoarea tensiunii portale.
4. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie și documente de la data diagnosticării inițiale a bolii hepatice.

Data evenimentului asigurat este data la care diagnosticul descris este stabilit de medicul gastroenterolog, internist sau infecționist.

zile sau săptămâni (insuficiență hepatică acută) sau treptat, pe durata mai multor luni sau ani (insuficiență hepatică cronică).

Encefalopatia hepatică reprezintă o consecință a insuficienței hepatice. Funcția cerebrală se deteriorează deoarece ficatul nu mai poate metaboliza și elimina substanțele toxice, așa cum face de obicei. Acestea vor crește în sânge și vor afecta creierul, provocând somnolență, confuzie sau comă.

Ascita este tot o consecință a insuficienței hepatice ce constă în creșterea în volum a abdomenului prin acumularea de lichid.

Hipertensiunea portală reprezintă creșterea presiunii în vasele de sânge (vene) care aduc sângele de la nivelul intestinului la ficat.

Ecografia Doppler este o tehnică de examinare cu ajutorul ultrasunetelor, care poate determina valoarea tensiunii portale și poate confirma prezența lichidului de ascită.

Bronhopneumonia cronică obstructivă:

Diagnostic stabilit de medicul pneumolog în baza istoricului medical, a examenului clinic și a rezultatului spirometriei care confirmă stadiul IV al bolii, conform clasificării GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), caracterizat prin dispnee severă cu volumul expirator maxim pe secundă VEMS1 < 30% din valoarea prezisă sau VEMS1 între 30% și 50%, însoțit de insuficiență respiratorie, hipertensiune pulmonară și semne de insuficiență cardiacă.

1. Biletul de externare și copia foii de observație care să certifice diagnosticul și stadiul bolii și din care să reiasă simptomatologia clinică.

2. Rezultatul spirometriei.
3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie și documente de la data diagnosticării inițiale a afecțiunii respiratorii.

Data evenimentului asigurat este data la care diagnosticul descris este stabilit de medicul pneumolog.

Bronhopneumopatia cronică obstructivă este o afecțiune severă care determină progresiv incapacitatea de a respira, ca urmare a expunerii la particule nocive sau la gaze.

Spirometria este o investigație cu ajutorul căreia se verifică dacă capacitatea respiratorie a unei persoane este afectată. Practic, se măsoară cantitatea de aer inspirată și expirată într-un anumit interval de timp.

Dispnee – respirație greoaie și scurtă, datorată lipsei de aer percepută de pacient.

VEMS – fluxul (volumul) expirator maxim pe secundă (indice spirometric).

Lupusul eritematos sistemic:

Diagnostic stabilit de medicul reumatolog, cu existența următoarelor condiții:

- prezența anticorpilor anti-nucleari;
- prezența cu caracter permanent în ultimele 6 (șase) luni a cel puțin unuia dintre următoarele semne clinice:
 - deficit neurologic permanent* cu persistența simptomelor sau
 - afectarea aparatului renal cu rată de filtrare glomerulară sub 30ml/min

1. Biletul de externare și copia foii de observație care să confirme diagnosticul, complicațiile prezente, rezultatele investigațiilor efectuate și simptomatologia clinică.

2. Rezultatul ratei de filtrare glomerulară - istoric și prezent.
3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie și documente de la data diagnosticării inițiale a lupusului eritematos sistemic.

Data evenimentului asigurat este data la care diagnosticul descris este stabilit de medicul reumatolog.

Lupusul eritematos sistemic este o boală autoimună care afectează pielea și organele interne. În cazul bolilor autoimune, sistemul imunitar atacă și distruge în mod eronat țesuturile și organele umane. Bolile autoimune sistemice sunt caracterizate prin faptul că afectează mai multe tipuri de organe, dar și sisteme funcționale ale acestora, provocând tulburări imunologice. În general, tulburările imunologice se caracterizează prin producția de autoanticorpi, perturbarea răspunsului imun și a autoreglării. Producția de autoanticorpi reprezintă anomalia imunologică esențială în lupusul eritematos sistemic.

Anticorpii anti-nucleari sunt specifici acestei boli iar prezența acestora se corelează cu afectarea rinichilor (nefropatia lupică) sau afectarea sistemului nervos sau/și circulator.

Rata de filtrare glomerulară reprezintă volumul de plasmă filtrat de rinichi într-un interval de timp. Cea mai mare parte a filtratului glomerular este reabsorbit, astfel că doar 1-2% din filtratul glomerular va forma

urina finală. Rata de filtrare glomerulară este un marker cheie care indică boala renală cronică.

Anemia aplastică:

Diagnostic stabilit de medicul hematolog, pe baza existenței a cel puțin una dintre următoarele condiții:

- Asiguratului i s-a administrat regulat transfuzii de sânge în ultimele 3 (trei) luni;
- Asiguratului i s-a administrat regulat tratament cu imunosupresoare în ultimele 3 (trei) luni;
- Asiguratului i s-a recomandat efectuarea unui transplant de măduvă osoasă.

Nu este considerată a fi eveniment asigurat anemia aplastică reversibilă sau temporară.

1. Biletul de externare și copia foii de observație din care să reiasă diagnosticul de externare, rezultatele investigațiilor, conduita terapeutică aplicată și tratamentul urmat.
2. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie și documente de la data diagnosticării inițiale a anemiei aplastice.
3. Dovada că este înscris în programul pentru efectuarea transplantului de măduvă osoasă, după caz.

Data evenimentului asigurat este data la care diagnosticul descris este stabilit de medicul specialist.

Anemia aplastică este cauzată de o scădere a numărului tuturor tipurilor de celule sanguine produse de măduva osoasă. În mod normal, măduva produce un număr suficient de celule roșii (eritrocite), celule albe (leucocite) și trombocite noi, pentru a asigura funcționarea normală a organismului. Fiecare tip de celulă intră în fluxul sanguin, circulă și apoi moare, într-un anumit interval de timp. De exemplu, durata de viață normală a eritrocitelor este de aproximativ 120 de zile. În cazul în care măduva osoasă nu este capabilă să producă suficiente celule sanguine pentru a le înlocui pe cele care mor, pot apărea o serie de simptome, inclusiv cele datorate anemiei.

De ce nu este acoperită anemia aplastică reversibilă sau temporară?

Pentru că este o formă care se vindecă rapid prin eliminarea cauzei care a produs-o, cum ar fi expunerea la toxine sau administrarea de medicamente.

Sclerodermia (scleroza sistemică):

Diagnostic de certitudine, cu afectarea a cel puțin una dintre următoarele organe:

- plămâni - manifestată prin prezența fibrozei, dispneei și a hipertensiunii pulmonare;
- rinichi - manifestată prin prezența alterării funcției renale și a prezenței hipertensiunii arteriale;
- inimă - prin prezența insuficienței cardiace congestive.

1. Biletul de externare și copia foii de observație cu precizarea diagnosticului, a complicațiilor prezente și a rezultatelor investigațiilor pe baza cărora s-a stabilit diagnosticul și tratamentul urmat.
2. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie și documente de la data diagnosticării inițiale a sclerodermiei.

Data evenimentului asigurat este data la care diagnosticul de certitudine este stabilit de medicul specialist.

Sclerodermia sau scleroza sistemică este boală autoimună cronică **manifestată prin** îngroșarea pielii și acumulare de țesut cicatrizant (fibroză) care produce daune organelor interne (inimă și vasele sanguine, plămânii, stomacul și rinichii).

Dispnee – respirație greoaie și scurtă, datorată lipsei de aer percepută de pacient.

Hipertensiunea pulmonară reprezintă creșterea presiunii la nivelul arterelor pulmonare. Aceste artere transportă sangele de la inimă la plămâni în scopul creșterii concentrației de oxigen. Printre simptomele hipertensiunii pulmonare se numără: dispnee în timpul activităților de rutină, oboseală, dureri toracice, bătăi accentuate ale inimii.

Insuficiența cardiacă este incapacitatea inimii de a pompa suficient sânge pentru a acoperi necesitățile metabolice ale organismului.

Deficite neurologice permanente cauzate de accidentul vascular cerebral:

Diagnostic de accident vascular cerebral confirmat de un medic specialist neurolog și susținut de rezultatul unui examen computer tomograf sau RMN efectuat la momentul diagnosticării. Deficitul neurologic permanent* trebuie confirmat printr-un examen neurologic de specialitate, la cel puțin o lună de la data producerii.

1. Rezultatul CT/RMN efectuat pentru diagnosticare.
2. Biletul de externare și copia foii de observație.
3. Consult neurologic actual după 1 lună de la data evenimentului, care să ateste caracterul permanent al deficitelor neurologice.
4. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

Data evenimentului asigurat este data consultului care certifică deficitul permanent neurologic.

Accidentul vascular cerebral apare atunci când un vas care furnizează sânge la nivelul unei zone a creierului se sparge sau este blocat de un cheag sangvin. În acest caz, celulele nervoase din acea zonă sunt afectate și pot muri în câteva ore. Ca rezultat, partea corpului care este controlată de zona afectată a creierului nu mai poate funcționa în condiții normale.

Scleroza multiplă:

Diagnostic de certitudine confirmat de medicul neurolog pe baza datelor clinice și a investigațiilor specifice: RMN, puncție lombară și potențiale evocate vizuale.

Sunt considerate a fi eveniment asigurat inclusiv formele remitente de scleroza multiplă.

1. Biletul de externare și copia foii de observație.

2. Rezultatele investigațiilor pe baza cărora s-a stabilit diagnosticul.

3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

Data evenimentului asigurat este data stabilirii diagnosticului de certitudine.

Scleroza multiplă reprezintă o afecțiune inflamatorie demielinizantă a sistemului

nervos central. Termenul de "scleroză multiplă" se referă la mai multe zone de cicatrizare - scleroza propriu zisă, care rezultă din distrugerea tecii de mielină din jurul nervilor. Aceasta distrugere se numește demielinizare.

Potențialele evocate reprezintă o metodă de studiere a activității electrice a căilor nervoase ale auzului, văzului și sensibilității corporale.

Boala Alzheimer:

Diagnostic de certitudine confirmat de un medic psihiatru/geriatru/neurolog, pe baza simptomatologiei datelor clinice și imagistice considerate necesare pentru certificarea afecțiunii.

1. Biletul de externare și copia foii de observație și rezultatele investigațiilor efectuate din care să reiasă diagnosticul de certitudine, istoricul și evoluția bolii.

2. Rezultatul CT/RMN (buletinul de interpretare).

3. copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

Data evenimentului asigurat este data stabilirii diagnosticului de certitudine.

Boala Alzheimer este o afecțiune neurologică care determină moartea unor celule de la nivelul creierului, având drept consecință pierderile de memorie și declinul cognitiv.

Boala Parkinson:

Diagnostic stabilit de un medic neurolog pe baza elementelor clinice și paraclinice care stabilesc diagnosticul Parkinson, conform clasificării Hoehn and Yahr.

Nu este considerat a fi eveniment asigurat stadiul I al Bolii Parkinson.

1. Biletul de externare și copia foii de observație, împreună cu rezultatele investigațiilor efectuate din care să reiasă diagnosticul de certitudine, istoricul și evoluția bolii.

2. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

Data evenimentului asigurat este data stabilirii diagnosticului de certitudine.

Boala Parkinson este o afecțiune neurologică degenerativă ce survine în urma distrugerii lente și continue a neuronilor producători de dopamină. **Dopamina** este un mediator chimic prin intermediul căruia celulele nervoase controlează mișcările corpului. În boala Parkinson, aceste celule nervoase, ce produc dopamina, se distrug ducând la nivele scăzute ale acesteia. Urmările sunt reprezentate de probleme ale mișcărilor corpului (tremor, rigiditate, lentoare în mișcări etc.). Boala are o evoluție progresivă, iar semnele și simptomele se acumulează în timp.

Scala Hoehn and Yahr permite evaluarea dezvoltării bolii Parkinson, clasificând-o în 5 stadii:

Stadiul 1 cuprinde semne unilaterale care nu antrenează vreun handicap în viața de zi cu zi, simptome deranjante, dar invalidante și tremor la nivelul unui membru.

Stadiul 2 cuprinde semne cu predominanță unilaterală, care antrenează un oarecare handicap, simptomele sunt bilaterale. Dizabilitatea motorie este minimă, însă echilibrul, mersul și postura sunt afectate.

Stadiul 3 cuprinde semne care atestă atingere bilaterală, cu o anumită instabilitate posturală, bolnavul rămânând totuși independent. Se observă încetinirea semnificativă a mișcărilor corpului. Echilibrul este afectat în timpul mersului sau ortostațiunii și este prezentă disfuncția generalizată de severitate medie.

Stadiul 4 cuprinde semne care antrenează un handicap sever și pierderea parțială a

autonomiei. Simptomele sunt severe: mersul este posibil doar pe distante limitate, persoana prezintă rigiditate și bradikinezie severă, de aceea este incapabilă să traiască singură. Uneori, tremorul poate fi mai diminuat decât în stadiile precoce.

Stadiul 5 în care, bolnavul este în scaun rulant sau la pat, fără autonomie și necesită îngrijire permanentă. Invaliditatea este completă.

SIDA:

Reprezintă ultimul stadiu al infecției cu virusul imunodeficienței umane (HIV) care atacă și distruge progresiv sistemul imunitar al organismului.

Diagnosticul trebuie susținut de rezultatul testului Western Blot care confirmă infecția cu HIV și de simptomatologia clinică recurentă caracteristică uneia dintre următoarele complicații: pneumocistoză, sindrom wasting, pneumonie bacterială recurentă, infecția cronică cu virus herpes simplex, candidoza esofagială, tuberculoza extrapulmonară, histoplasmoza extrapulmonară, criptococoza extrapulmonară, sarcomul Kaposi, encefalopatia.

1. Rezultatul testului Western Blot efectuat inițial pentru confirmarea infecției cu virusul HIV.
2. Raport medical completat de Centrul Regional pentru evaluarea, monitorizarea și tratarea infecției HIV/SIDA care să specifice: data luării în evidență, calea de transmitere, stadiul bolii
3. Biletele de externare care confirmă diagnosticarea cu una dintre complicațiile enumerate în definiția alăturată.

Data evenimentului asigurat este data confirmării stadiului SIDA al infecției cu HIV.

Testul **Western Blot** este un test de confirmare a infecției HIV.

Infecția HIV este diagnosticată prin utilizarea unui test de screening (ELISA) și a unui test de confirmare (Western Blot). Inițial, se efectuează un test ELISA. În cazul în care testul ELISA este pozitiv, se efectuează testul Western Blot pentru confirmare.

Deficite neurologice permanente cauzate de meningită:

Deficitul neurologic permanent* trebuie confirmat printr-un examen neurologic sau psihiatric, la cel puțin 6 (șase) săptămâni de la data stabilirii diagnosticului de meningită.

1. Biletul de externare și copia foii de observație care să conțină și rezultatele investigațiilor și descrierea simptomatologiei clinice.

2. Rezultatul unui consult neurologic actual, efectuat după cel puțin 6 săptămâni de la diagnosticare care să confirme caracterul permanent al deficitelor neurologice instalate după episodul acut al bolii.

Data evenimentului asigurat este data consultului care certifică deficitul permanent neurologic sau tulburarea psihică.

Meningita reprezintă inflamarea meningelor (membranele care acoperă creierul și coloana vertebrală), fiind cauzată de o bacterie sau un virus.

De ce este necesar termenul de 6 săptămâni?

Acest interval de 6 săptămâni este necesar pentru a confirma că deficitul neurologic este permanent.

Deficite neurologice permanente cauzate de encefalită:

Deficitul neurologic permanent* trebuie confirmat printr-un examen neurologic sau psihiatric, la cel puțin 6 (șase) săptămâni de la data stabilirii diagnosticului de encefalită acută.

1. Biletul de externare și copia foii de observație care să conțină rezultatele investigațiilor și descrierea simptomatologiei clinice.

2. Rezultatul unui consult neurologic actual, efectuat după cel puțin 6 (șase) săptămâni de la diagnosticare care să confirme caracterul permanent al deficitelor neurologice instalate după episodul acut al bolii.

Encefalita este afecțiunea ce constă în inflamația severă a substanței cerebrale (emisfere cerebrale, cerebel).

De ce este necesar termenul de 6 săptămâni?

Acest interval de 6 săptămâni este necesar pentru a confirma că deficitul neurologic este permanent.

Data evenimentului asigurat este data consultului care confirmă deficitul neurologic sau tulburarea psihică.

Deficite neurologice permanente cauzate de traumatism cranian:

Traumatismul cranian reprezintă totalitatea manifestărilor clinice (de boală) ce apar în urma unui traumatism ce implică cutia craniană și conținutul acesteia (neurocraniul), confirmate de un medic neurolog sau neurochirurg și susținute de investigații paraclinice, precum RMN sau computer tomograf.

Traumatismul trebuie să constituie un eveniment imprevizibil, survenit independent de voința Asiguratului, produs de acțiunea bruscă singulară în urma unui impact.

În urma producerii traumatismului, Asiguratul trebuie să prezinte deficit neurologic permanent* evaluat timp de cel puțin șase săptămâni.

Nu sunt considerate a fi eveniment asigurat traumatismele coloanei vertebrale.

1. Biletul de externare și copia foii de observație care să confirme producerea accidentului, diagnosticul de traumatism cranio cerebral major și deficitul neurologic rezultate în urma traumatismului.

2. Documente care să ateste data și circumstanțele producerii accidentului (de exemplu, Raport Poliție, Formularul de Înregistrare al Accidentului de Muncă, copia fișei UPU sau de intervenție a ambulanței etc.).

3. Rezultatul RMN/CT efectuat după producerea traumatismului.

4. Consult neurologic actual, care să ateste caracterul permanent al deficitelor neurologice după cel puțin 6 (șase) săptămâni de la data producerii accidentului.

Data evenimentului asigurat este data consultului care confirmă deficitul neurologic permanent.

De ce este necesar termenul de 6 săptămâni?

Acest interval de 6 săptămâni este necesar pentru a confirma că deficitul neurologic este permanent.

Arsuri majore:

Arsura reprezintă leziunea cauzată de acțiunea accidentală la nivelul tegumentelor a unor agenți externi: fizici sau chimici (foc, caldură, radiații, electricitate, substanțe chimice etc.). Sunt considerate a fi eveniment asigurat arsurile de gradul III, care lezează epidermul în totalitate și dermul în profunzime sau în totalitate, în următoarele situații:

- acoperă cel puțin puțin 20% din suprafața corpului sau
- implică cel puțin nasul, gura sau ochii sau
- sunt localizate la nivelul ambelor palme, la nivelul ambelor tălpi sau la nivelul aparatului respirator inferior.

1. Biletul de externare și copia foii de observație care să confirme gradul și suprafața arsurii, precum și menționarea zonelor afectate.

2. Documente care să ateste data și circumstanțele producerii accidentului (de exemplu, copia fișei UPU sau de intervenție a ambulanței, Raport Poliție, Formularul de Înregistrare al Accidentului de Muncă etc.)

Data evenimentului asigurat este data producerii accidentului.

Pielea este alcătuită din trei straturi: **epidermul** -stratul extern, **dermul** -stratul stratul de mijloc și **hipodermul** -stratul profund.

Plegia/paralizia:

Reprezintă pierderea funcționalității a două sau mai multe membre (paraplegie, hemiplegie, tetraplegie), cauzată de un accident sau o îmbolnăvire, certificată ca ireversibilă de un medic specialist neurolog, după cel puțin 3 (trei) luni de manifestări clinice.

Paralizia datorată auto-mutilării, paraliziiile parțiale, cele postvirale temporare, paraliziiile datorate unor

1. Biletul de externare și copia foii de observație care să ateste diagnosticul și membrele afectate de paralizie.

2. Documente care să ateste producerea accidentului, data și circumstanțele producerii acestuia, pentru paralizia produsă de un accident (de exemplu, copie fișă UPU sau de intervenție a ambulanței, Raport Poliție, Formularul de Înregistrare al

Paraplegia reprezintă paralizia membrelor inferioare – imposibilitatea de a le mișca.

Hemiplegia reprezintă paralizia care afectează o jumătate a corpului (dreapta sau stânga) și reprezintă imposibilitatea de a mișca mâna și piciorul de partea stângă/dreaptă.

Tetraplegia semnifică paralizia tuturor celor patru membre.

Paraliziile parțiale presupun pierderea funcției doar a unui segment de membru, nu a întregului membru.

<p>cauze psihice nu sunt considerate a fi eveniment asigurat.</p>	<p>Accidentului de Muncă etc.) 3. Consult neurologic după cel puțin 3 (trei) luni de la diagnosticare, care să confirme caracterul permanent al bolii. 4. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie pentru paralizia cauzată de o îmbolnăvire.</p> <p>Data evenimentului asigurat este data consultului care confirmă caracterul permanent al pierderii funcționalității membrilor.</p>	<p>De ce este necesar termenul de 3 luni? Această perioadă de trei luni este necesară pentru a confirma caracterul ireversibil al paraliziei.</p>
<p>Pierderea totală a vederii: Reprezintă pierderea totală permanentă și ireversibilă a acuității vizuale ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri (acuitate vizuală de cel puțin de 3/60 sau mai mică), certificată de un medic specialist oftalmolog, neputând fi corectată prin nici o formă de tratament.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raport medical eliberat de medicul specialist oftalmolog care să confirme diagnosticul și să descrie evoluția bolii ce a cauzat orbirea permanentă a ambilor ochi, data diagnosticării inițiale. 2. Bilet de externare. 3. Documente care să ateste data și circumstanțele producerii accidentului. <p>Data evenimentului asigurat este data la care diagnosticul definitiv este confirmat de medicul specialist oftalmolog.</p>	<p>Acuitatea vizuală înseamnă capacitatea percepției vizuale, adică gradul în care o persoană poate distinge detaliile fine. Acuitatea vizuală se stabilește pe baza unor scale, acuitatea vizuală normală fiind 1.</p>
<p>Pierderea unui membru: Reprezintă pierderea permanentă a cel puțin unui membru de la sau deasupra încheieturii mâinii sau a gleznei cauzată de o îmbolnăvire sau un accident.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Biletul de externare și copia foii de observație. 2. Documente care să ateste data și circumstanțele producerii accidentului (de exemplu, copie fișă UPU sau de intervenție a ambulanței, Raport Poliție, Formularul de Înregistrare al Accidentului de Muncă etc.) 3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie pentru paralizia cauzată de o îmbolnăvire. <p>Data evenimentului asigurat este data la care a avut loc accidentul sau intervenția chirurgicală.</p>	
<p>Colita ulcerativă tratată prin colectomie (excizia colonului): Diagnosticul trebuie confirmat de un medic gastroenterolog sau chirurg. În actualul context termenul colită ulcerativă descrie stadiul avansat al bolii, în care Asiguratul a suferit intervenția chirurgicală pentru excizia colonului (colectomie).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Biletul de externare și copia foii de observație care să confirme diagnosticul și intervenția chirurgicală efectuată pentru excizia colonului (colectomie). 2. Rezultatele investigațiilor imagistice și de laborator efectuate pentru diagnosticarea inițială. 3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie. <p>Data evenimentului asigurat este data intervenției chirurgicale.</p>	<p>Colita ulcerativă este o boală inflamatorie cronică a colonului și rectului, de natură autoimună.</p>

Boala Chron tratată prin rezecție intestinală:

Diagnosticul trebuie confirmat de un medic gastroenterolog sau chirurg. În actualul context termenul Boala Chron descrie stadiul avansat al bolii, în care Asiguratul a suferit o intervenție chirurgicală pentru rezecția unui segment intestinal.

1. Biletul de externare și copia foii de observație care să confirme diagnosticul și intervenția chirurgicală efectuată pentru excizia segmentului intestinal.
2. Rezultatele investigațiilor efectuate pentru diagnosticarea inițială.
3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

Data evenimentului asigurat este data intervenției chirurgicale.

Boala Chron este o inflamație cronică, de origine necunoscută, care poate afecta orice porțiune a sistemului digestiv, de la cavitatea bucală până la anus, însă are predilecție pentru porțiunea terminală a intestinului subțire (ileon) și intestinului gros (colon). Boala Crohn afectează straturile profunde ale tubului digestiv, cauzând ulcerații la acest nivel.

Tumori benigne intracraniene:

Diagnosticul de certitudine confirmat de un medic neurolog/neurochirurg pe baza investigațiilor paraclinice (CT/RMN, biopsie etc.) și a manifestărilor clinice persistente (cefalee, greață, vărsături, somnolență, convulsii, slăbiciune sau paralizie, tulburări de vedere sau de vorbire). Sunt acoperite tumorile țesutului cerebral, tumori ale membranelor care acoperă creierul, tumori ale nervului acustic și vestibular, tumori ale vaselor de sânge ale creierului, tumori ale glandei pituitare.

Nu sunt considerate a fi eveniment asigurat hematoamele intracraniene.

1. Biletul de externare sau copia foii de observație care să confirme diagnosticul, rezultatele investigațiilor (CT/RMN etc.).
2. Rezultatul examenului histopatologic.
3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

Data evenimentului asigurat este data stabilirii diagnosticului de certitudine.

Prin **tumoră** se înțelege o masă anormală de țesut, rezultată ca urmare a unei înmulțiri excesive, necontrolate și ireversibile a celulelor.

Tumorile benigne sunt cele care nu se pot răspândi, nu provoacă în mod normal complicații grave pentru sănătate, însă atunci când se dezvoltă exagerat, pot deteriora țesutul adiacent și organul din proximitate.

Hematomul reprezintă o colecție de sânge într-un organ sau într-un țesut, apărută ca urmare a unei hemoragii, având întotdeauna drept cauză un traumatism.

Glanda pituitară (hipofiză) este o glandă endocrină (care secretă hormoni) cu funcții multiple, situată în partea anterioară a creierului și având o mare influență asupra celorlalte glande.

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

Examenul histopatologic (HP) reprezintă examinarea microscopică a unei probe de țesut din organul suspectat cu scopul obținerii diagnosticului de certitudine a leziunii suspecte: benignă sau malignă.

Tumori benigne ale coloanei vertebrale:

Diagnosticul de certitudine confirmat de un medic neurolog/neurochirurg pe baza investigațiilor paraclinice (CT/RMN, biopsie etc.).

Sunt considerate a fi eveniment asigurat tumorile benigne intramedulare și extramedulare, tumorile benigne vertebrale și tumorile benigne ale nervilor intervertebrali.

Nu sunt considerate a fi eveniment asigurat hematoamele situate la nivelul coloanei vertebrale.

1. Biletul de externare și copia foii de observație care să confirme diagnosticul, cu precizarea rezultatelor investigațiilor (CT/RMN, etc.).
2. Rezultatul examenului histopatologic.
3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie și documente medicale de la diagnosticarea inițială a bolii.

Data evenimentului asigurat este data stabilirii diagnosticului de certitudine.

Tumorile intramedulare sunt tumorile cu situate în interiorul măduvei sau în interiorul foșei care acoperă măduva.

Tumorile extramedulare sunt situate în afara foșei care acoperă măduva.

Intervenții chirurgicale

Denumire intervenție chirurgicală pentru care s-a stabilit necesitatea medicală

Documente medicale necesare pentru plata indemnizației de asigurare

Explicații

Transplantul de organe:

Necesitatea medicală de a trata stadiul final și ireversibil al unei boli severe care a condus la pierderea funcționalității a organului sau a măduvei osoase, dovedită de un medic specialist pe baza unor teste specifice de laborator sau imagistice.

Asiguratul trebuie să fie beneficiarul transplantului și trebuie confirmat pe lista oficială de așteptare.

Prin intermediul prezentei Asigurări suplimentare se plătește indemnizația pentru necesitatea efectuării transplantului de ficat, rinchi, pancreas, cord-pulmon și de măduvă osoasă.

Necesitatea efectuării transplantului de piele, de celule stem sau de celule pancreatice nu sunt considerate a fi eveniment asigurat.

1. Biletul de externare și copia foii de observație și rezulatele investigațiilor care au dus la stabilirea diagnosticului.

2. Recomandarea medicală pentru efectuarea intervenției chirurgicale emisă de medicul specialist, cu susținerea diagnosticului

3. Confirmarea înscrierii pe o listă oficială de așteptare pentru efectuarea transplantului.

4. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

Data evenimentului asigurat este data recomandării medicale pentru efectuarea transplantului.

By-pass-ul coronarian:

Necesitatea medicală de a corecta îngustarea sau blocarea arterei coronare printr-o intervenție chirurgicală prin inserarea unui by-pass coronarian. Recomandarea medicală trebuie făcută de către un medic cardiolog, pe baza unui diagnostic susținut de rezultatul unei coronarografii.

Nu sunt considerate a fi eveniment asigurat necesitatea medicală pentru efectuarea de revascularizare percutană (angioplastia cu balon - PTCA) cu sau fără stent, rotablația, aterectomia, tehnici laser sau orice alte tehnici de îndepărtare a plăcilor ateromatoase), precum și orice altă procedură ce implică cateterizare vasculară (de exemplu, cateterism cardiac).

1. Rezultatul angiografiei care să confirme alterarea sau blocajul arterei.

2. Recomandarea medicală efectuată de medicul specialist cardiolog pentru efectuarea by-passului coronarian, biletul de externare și copia foii de observație.

3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie și documente de la data diagnosticării inițiale a afecțiunii circulatorii.

Data evenimentului asigurat este data recomandării de la medicul cardiolog pentru efectuarea by-pass-ului coronarian.

Cateterizarea vasculară este un procedeu care constă în introducerea unui dispozitiv medical într-un vas de sânge în scop exploratoriu.

Procedurile de revascularizare percutane/ intervențiile percutane se referă la orice procedură medicală de restabilire a fluxului sanguin la nivelul arterelor coronare care nu implică secționarea sternului. Acestea includ, dar fără a se limita la, angioplastia cu balon (cu sau fără stent), rotablația, aterectomia.

Stentul este un mic dispozitiv metalic ce se poate introduce într-o arteră pentru a o menține deschisă.

Bypass-ul coronarian este o intervenție de revascularizare cu secționarea sternului, folosită pentru a îmbunătăți fluxul sanguin al inimii la pacienții cu afecțiuni severe ale arterelor coronare.

Intervenții chirurgicale ale valvelor cardiace:

Intervenția chirurgicală recomandată de un medic specialist cardiolog, iar diagnosticul trebuie susținut de investigații medicale specifice.

Este considerat a fi eveniment asigurat necesitatea medicală de a efectua o intervenție chirurgicală pentru corectarea sau înlocuirea unei valve cardiace.

1. Rezultatul ecocardiografiei sau angiografiei, biletul de externare și copia foii de observație;

2. Raport medical efectuat de medicul cardiolog care să menționeze istoricul afecțiunii sau bilet de externare și copia foii de observație.

3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie și alte documente care atestă istoricul afecțiunii.

Data evenimentului asigurat este

În structura inimii intră patru elemente numite **valve**, ce asigură circulația sângelui în interiorul acesteia și legătura cu restul organismului.

Acestea sunt: mitrala, aortica, pulmonara și tricuspida. În anumite situații, aceste valve se deteriorează, uneori fiind necesară repararea sau înlocuirea lor.

data recomandării de la medicul cardiolog pentru efectuarea intervenției chirurgicale.

Intervenții chirurgicale la nivelul aortei:

Este considerat a fi eveniment asigurat necesitatea medicală de a efectua o intervenție chirurgicală la nivelul aortei, cauzată de un anevrism, o stenoză, obstrucție sau disecție.

Termenul aortă semnifică în acest context aorta toracică și abdominală, fără ramificațiile acestora.

1. Bilet de externare și copia foii de observație.
2. Recomandarea medicală de la medicul cardiolog sau chirurg vascular.
3. Rezultatul CT/RMN sau aortografiei sau ecografiei transtoracice sau transesofagiană.
4. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

Data evenimentului asigurat este data recomandării de la medicul cardiolog sau chirurg pentru efectuarea intervenției chirurgicale.

Aorta este cea mai mare arteră din corpul nostru, care pompează sângele încărcat cu oxigen de la inimă spre celelalte organe ale corpului. De la interior la exterior, aorta este compusă din trei tunici (straturi): intima – stratul cel mai profund, subțire și ușor de traumatizat, media – responsabil de rezistența aortei, format din țesut elastic și adventicea, care este formată din colagen.

Anevrismul aortei reprezintă o dilatare patologică a unui segment al aortei, cu tendința la expansiune și ruptură. **Stenoza** reprezintă o diminuare/îngustare patologică permanentă a unui canal sau orificiu organic.

Obstrucția este oprirea bruscă a fluxului sângelui la nivelul arterei aortice, datorită unui tromb (cheag de sânge). **Disecția** aortică este o despicătură a tunicii medii a aortei.

Deficit neurologic permanent: simptome sau disfuncționalități ale sistemului nervos, cu caracter permanent, prezente la momentul examinării clinice. Trebuie descrise cel puțin una dintre următoarele simptome: paralizie, plegie, spasticitate, dizartrie (incapacitatea de a articula cuvinte), afazie (tulburări de limbaj), tulburări de vedere, surditate, dificultate în mers, lipsa coordonării mișcărilor, convulsii, tulburări cognitive, comă.

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 acestuia, 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 de diagnosticare și uneori terapeutic, folosită pentru recoltarea de fragmente de țesuturi sau lichide din cavitati 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.