

Condiții specifice - Spitalizare din accident Program de asigurare de grup cu acoperire standard

Exemplarul clientului

Am primit condițiile contractuale:

Nume _____

Semnătura _____

Data primirii _____

Cuprins:

Art. 1 – Reguli introductive.....	pag. 1
Art. 2 – Intrarea în vigoare a componentei-tip de asigurare.....	pag. 1
Art. 3 – Încetarea componentei-tip de asigurare.....	pag. 1
Art. 4 – Plata Indemnizației de asigurare.....	pag. 1
Art. 5 – Excluderi.....	pag. 2
Art. 6 – Definiții.....	pag. 3

Art. 1 - Reguli introductive

1.1. Condițiile Generale ale Contractului de Asigurare sunt valabile și se aplică în mod corespunzător prezentelor Condiții Specifice.

1.2. Prezentele Condiții Specifice constituie parte integrantă a Contractului de Asigurare al Societății de asigurări NN Asigurări de Viață S.A.

1.3. Prezenta componentă-tip oferă acoperire atât pe teritoriul României, cât și în afara acestuia.

1.4. Într-un Contract de Asigurare de Grup această componentă-tip de asigurare trebuie să fie însoțită în mod obligatoriu de o componentă de deces.

1.5. Pentru acest tip de contract nu există Valoare de Răscumpărare.

Art. 2 – Intrarea în vigoare a componentei-tip de asigurare

2.1. În funcție de data contractării prezentei componente-tip de asigurare, aceasta intră în vigoare la momente diferite astfel:

a) în cazul în care, prin Cererea de încheiere a Contractului de Asigurare, Contractantul asigurării a optat pentru contractarea prezentei componente-tip de asigurare, aceasta intră în vigoare simultan cu intrarea în vigoare a Contractului de Asigurare;

b) în cazul în care, Contractantul își manifestă intenția contractării asigurării suplimentare ulterior, acesta o poate face la reînnoirea contractului de asigurare.

Art. 3 – Încetarea componentei-tip de asigurare

3.1. Prezenta componentă-tip de asigurare își încetează efectele de plin drept față de Contractant prin încetarea Contractului de Asigurare în conformitate cu prevederile Art. 8 al Condițiilor Generale ale Contractului de Asigurare.

3.2. Prezenta componentă-tip de asigurare își încetează efectele de plin drept față de Asigurat în următoarele situații:

- în urma și la data încetării calității de Asigurat, în conformitate cu prevederile Art. 9 al Condițiilor Generale ale Contractului de Asigurare;
- în urma și la data încetării prezentei componente-tip de asigurare în conformitate cu prevederile articolului 11.1.4 al Condițiilor Generale ale Contractului de Asigurare, la solicitarea Contractantului;
- în urma și la data plății Indemnizației de asigurare către Beneficiarii în caz de deces sau către moștenitorii Asiguratului, după caz, intervenită la producerea decesului Asiguratului;
- în urma și la data producerii Evenimentului asigurat neurmat de plata Indemnizației de asigurare;
- prin denunțarea unilaterală de către Asigurator a prezentei componente-tip de asigurare în cazul în care Contractantul asigurării, Asiguratul sau Beneficiarul (respectiv moștenitorii Asiguratului în calitate de Beneficiari) furnizează Asiguratorului declarații false sau informații incomplete.

Art. 4 – Plata Indemnizației de asigurare

4.1. În cazul în care Asiguratul este spitalizat ca urmare a unui accident pe durata de valabilitate a prezentei componente-tip de asigurare, Asiguratorul va plăti Beneficiarului Indemnizația de asigurare, conform prevederilor prezentelor Condiții Specifice ale Contractului de Asigurare.

4.2. Pentru ca indemnizația să fie plătită, accidentul ce cauzează spitalizarea trebuie să se producă după data intrării în vigoare a prezentei componente-tip de asigurare.

4.3. În decursul unui an de asigurare, Asiguratorul va plăti indemnizația de spitalizare corespunzător numărului efectiv de zile de spitalizare, dar nu mai mult de 180 de zile de spitalizare în total sau 90 de zile de spitalizare pentru același eveniment asigurat.

4.4. Trei zile din fiecare perioadă de spitalizare nu sunt acoperite de Asigurator, fiind deduse din calculul Indemnizației de spitalizare.

4.5. În cazul decesului Asiguratului în timpul Spitalizării, Indemnizația de asigurare aferentă va fi plătită Beneficiarilor desemnați în Certificatul Individual de asigurare sau moștenitorilor legali.

4.6. Contractantul/Asiguratul/ Beneficiarul sau moștenitorii legali trebuie să informeze Asigurătorul despre producerea Evenimentului asigurat, în termen de maximum 30 (treizeci) de zile calendaristice de la externare sau de la stabilirea diagnosticului. Anunțul poate fi făcut prin e-mail/poștă prin completarea formularului standard pus la dispoziție de către Asigurător, semnat de Asigurat, însoțit de documentele menționate în formular care atestă producerea evenimentului.

Asigurătorul are dreptul de a refuza plata Indemnizației de asigurare în cazul în care nu se respectă prevederile din alineatul precedent sau condițiile articolului 478 al prezentelor Condiții Specifice ale Contractului de Asigurare, dacă din această cauză nu a putut stabili împrejurările producerii Evenimentului asigurat.

4.7. În scopul anunțării evenimentului și întocmirii dosarului de daună Contractantul/Asiguratul/Beneficiarul sau moștenitorii legali se obligă să transmită Asigurătorului următoarele documente:

- a) Copia actului de identitate al Asiguratului – semnată de Asigurat;
- b) Documente emise de către autoritățile competente, care să ateste împrejurările producerii Accidentului;
- c) Copie completă după foaia de observație din spital a Asiguratului;
- d) Copia biletului de ieșire din spital;
- e) Copia completă a fișei de consultații medicale întocmită de către medicul de familie;
- f) Documente medicale referitoare la istoricul medical care să cuprindă data apariției primelor simptome ale afecțiunii și data diagnosticării acesteia;
- g) Certificat de analiză toxicologică a Asiguratului în cazul în care aceasta a fost impusă prin lege;
- h) Copii traduse în limba română după documente emise de către autorități legal competente dacă evenimentul s-a produs în afara teritoriului României;
- i) Documente emise de către autoritățile competente, care să ateste împrejurările producerii Accidentului/Orice alte documente emise de către autorități legal competente, care să ateste împrejurările producerii Accidentului și care sunt solicitate de către Asigurător pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al Indemnizației.

4.8. Detalii referitoare la procedura de evaluare a evenimentului asigurat se pot obține la numărul de telefon sau adresa de e-mail comunicate de către Asigurător în cuprinsul Condițiilor Generale ale Contractului de Asigurare..

Art. 5 – Excluderi

5.1. Toate excluderile prevăzute în Art. 14 al Condițiilor Generale ale Contractului de Asigurare se aplică în mod corespunzător și prezentelor Condiții Specifice.

5.2. Asigurătorul nu acoperă riscul pentru spitalizările survenite, direct sau indirect, din următoarele situații:

- a) tentativă de suicid sau acțiuni de auto-vătămare/automutilare;

- b) chirurgia plastică și reparatorie (cu excepția cazurilor care au o indicație terapeutică expresă pentru deficite funcționale);
- c) anomalii congenitale sau afecțiuni consecutive acestora;
- d) afecțiuni stomatologice;
- e) tratamentul afecțiunilor localizate la nivelul țesutului cutanat și subcutanat;
- f) extragerea corpurilor străini, superficiale, de la nivelul pielii, conjunctivei, corneei, intranasali etc.;
- g) tratamentul unei arsuri de gradul I;
- h) afecțiuni survenite ca urmare a unor proceduri, tehnici, manevre medico-chirurgicale incorecte;
- i) controlul de rutină sau orice spitalizare necesară în scop explorator sau investigațional;
- j) afecțiuni determinate de acțiunea în timp a unor traumatisme sau eforturi fizice repetate;
- k) tratamentul pentru infertilitate, inseminare artificială, avort indus sau spontan, sarcina, nașterea și evoluția nefavorabilă a sarcinii datorată unui traumatism/accident;
- l) orice risc legat de infecția cu HIV/SIDA;
- m) o boală infecțioasă, indiferent de modul de transmitere;
- n) participarea Asiguratului la competiții, acțiuni hazardate, antrenamente, sporturi sau activități recreative care implică riscuri serioase cum ar fi, de exemplu - dar fără a se limita la - parapantism, parașutism, planorism, deltaplanorism, acrobație aeriană sau skydiving, acrobație, sporturi cu motor, cascadorie, speologie, scufundări sub 40 m, escalada și alpinismul montan, săriturile cu coarda elastică etc.;
- o) aviația, într-un alt mod decât ca pasager sau membru al echipajului pe o linie cu licență;
- p) 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;
- q) proceduri/tehnici de tratament efectuate fără indicația medicului autorizat;
- r) afecțiuni/tulburări neuropsihice sau schimbări în comportamentul psihologic, indiferent de cauză;
- s) proceduri/tehnici de tratament efectuate fără indicația medicului autorizat;
- t) orice spitalizare suferită pentru efectuarea unor proceduri în scop explorator/investigațional, endoscopii/laparoscopii;
- u) spitalizarea a survenit ulterior expirării unui termen de un an de la data producerii Accidentului;
- v) orice spitalizare cauzată de agravarea prin accident a unei afecțiuni/intervenții chirurgicale/tratament preexistent accidentului;
- w) orice spitalizare necesară pentru tratamentul unei afecțiuni cauzate de un accident preexistent datei de încheiere a contractului;
- x) spitalizarea a survenit ca urmare a agravării, prin Accident, a unei afecțiuni preexistente acestuia.

y) Afecțiunea pentru care a fost necesară spitalizarea Asiguratului/Co-Asiguratului nu este cauzată direct de un Accident

5.3. Asigurătorul nu va plăti indemnizația pentru tratamente sau alte servicii medicale care nu sunt o necesitate medicală pentru Asigurat.

5.4. Asigurătorul nu acoperă riscul producerii Evenimentului asigurat în situația în care contractul nu este achitat la zi și este ieșit din perioada de grație de 30 de zile la data evenimentului asigurat .

Art. 6 - Definiții

Toți termenii definiți în Art. 19 al Condițiilor Generale ale Contractului de Asigurare sunt valabili și în cazul acestor Condiții Specifice, exceptând termenii definiți mai jos:

Beneficiar	Asiguratul.
Eveniment asigurat	Spitalizarea suferită de către Asigurat pentru afecțiuni cauzate direct de un Accident, pe perioada de valabilitate a componentei-tip.
Indemnizația de asigurare	Suma asigurată stabilită de către Contractant multiplicată cu numărul de zile de spitalizare.
Necesitate medicală	Orice serviciu medical care întrunește simultan următoarele caracteristici: 1. este în concordanță cu diagnosticul și reprezintă tratamentul medical standard pentru un accident sau o îmbolnăvire acoperite de asigurare; 2. este în conformitate cu standardele de bune practici medicale, cu standardele actuale de îngrijire medicală și dovedește beneficii medicale pentru Asigurat; 3. este adresat unor situații medicale care pot fi tratate doar într-un spital; 4. nu este practicat în scop experimental, investigațional, de cercetare medicală, de screening sau preventiv; 5. are un cost rezonabil, în standardele obișnuite, pentru tratamentul corespunzător situațiilor medicale cărora li se adresează.
Spital	Instituție sanitară care îndeplinește concomitent următoarele cerințe: <ul style="list-style-type: none">• Funcționează în temeiul legii, în cadrul sistemului medical public sau privat și în condiții de deplină autorizare și/sau acreditare;• Acordă permanent asistență medicală de specialitate (pentru

diagnosticul și tratamentul medical sau chirurgical al persoanelor bolnave sau accidentate) prin personal calificat: medici specialiști și asistenți medicali cu diplomă recunoscută și cu drept de exercitare a profesiei;

- Dispune de echipamente și instrumente adecvate efectuării procedurilor specifice de diagnostic și tratament;
- Ține o evidență clară a pacienților internați, cu menționarea evoluției zilnice și a procedurilor terapeutice care se execută pentru fiecare pacient.

Nu se consideră a fi spital:

- Instituții destinate îngrijirii alcoolicilor sau persoanelor dependente de droguri;
- Sanatorii (balneo-climaterice, TBC, recuperare neuro-psihomotorie);
- Instituții pentru tratarea bolilor psihice;
- Instituții de reabilitare;
- Azile pentru bătrâni.

Spitalizare	Orice perioadă de internare într-un spital a Asiguratului, perioadă considerată de către un medic specialist necesară pentru ameliorarea sau vindecarea unei boli sau a unei vătămări corporale suferite de Asigurat și care este cuprinsă integral, din punct de vedere calendaristic, în cadrul duratei de valabilitate a prezentei componente-tip de asigurare.
--------------------	--

Zi de spitalizare	Intervalul de 24 ore petrecut de către Asigurat în spital. Prima zi de spitalizare, care începe la ora de internare a Asiguratului, odată cu luarea în evidența ca atare a acestuia de către spital și se termină la orele 24.00 ale aceleiași zile, este calculată ca o zi de spitalizare întreagă. Ultima zi de spitalizare care începe la ora 0.00 și se termină la momentul externării se consideră o zi de spitalizare întreagă.
--------------------------	---

Prezentele Condiții Specifice sunt aplicabile de la data de 29.08.2022 și se vor aplica Contractelor încheiate după această dată.

Gerke Anno Witteveen
Director Executiv Financiar



NN Asigurări de Viață S.A.
C III 9100488

Gabriela Lupaș-Țicu
Director Arie Marketing și Operațiuni



Condiții specifice - Spitalizare din accident

Program de asigurare de grup cu acoperire standard

Exemplar de returnat la sediul central

Am primit condițiile contractuale:

Nume _____

Semnătura _____

Data primirii _____

Cuprins:

Art. 1 – Reguli introductive.....	pag. 1
Art. 2 – Intrarea în vigoare a componentei-tip de asigurare.....	pag. 1
Art. 3 – Încetarea componentei-tip de asigurare.....	pag. 1
Art. 4 – Plata Indemnizației de asigurare.....	pag. 1
Art. 5 – Excluderi.....	pag. 2
Art. 6 – Definiții.....	pag. 3

Art. 1 - Reguli introductive

1.6. Condițiile Generale ale Contractului de Asigurare sunt valabile și se aplică în mod corespunzător prezentelor Condiții Specifice.

1.7. Prezentele Condiții Specifice constituie parte integrantă a Contractului de Asigurare al Societății de asigurări NN Asigurări de Viață S.A.

1.8. Prezenta componentă-tip oferă acoperire atât pe teritoriul României, cât și în afara acestuia.

1.9. Într-un Contract de Asigurare de Grup această componentă-tip de asigurare trebuie să fie însoțită în mod obligatoriu de o componentă de deces.

1.10. Pentru acest tip de contract nu există Valoare de Răscumpărare.

Art. 2 – Intrarea în vigoare a componentei-tip de asigurare

2.1. În funcție de data contractării prezentei componente-tip de asigurare, aceasta intră în vigoare la momente diferite astfel:

- în cazul în care, prin Cererea de încheiere a Contractului de Asigurare, Contractantul asigurării a optat pentru contractarea prezentei componente-tip de asigurare, aceasta intră în vigoare simultan cu intrarea în vigoare a Contractului de Asigurare;
- în cazul în care, Contractantul își manifestă intenția contractării asigurării suplimentare ulterior, acesta o poate face la reînnoirea contractului de asigurare.

Art. 3 – Încetarea componentei-tip de asigurare

3.1. Prezenta componentă-tip de asigurare își încetează efectele de plin drept față de Contractant prin încetarea Contractului de Asigurare în conformitate cu prevederile Art. 8 al Condițiilor Generale ale Contractului de Asigurare.

3.2. Prezenta componentă-tip de asigurare își încetează efectele de plin drept față de Asigurat în următoarele situații:

- în urma și la data încetării calității de Asigurat, în conformitate cu prevederile Art. 9 al Condițiilor Generale ale Contractului de Asigurare;
- în urma și la data încetării prezentei componente-tip de asigurare în conformitate cu prevederile articolului 11.1.4 al Condițiilor Generale ale Contractului de Asigurare, la solicitarea Contractantului;
- în urma și la data plății Indemnizației de asigurare către Beneficiarii în caz de deces sau către moștenitorii Asiguratului, după caz, intervenită la producerea decesului Asiguratului;
- în urma și la data producerii Evenimentului asigurat neurmat de plata Indemnizației de asigurare;
- prin denunțarea unilaterală de către Asigurător a prezentei componente-tip de asigurare în cazul în care Contractantul asigurării, Asiguratul sau Beneficiarul (respectiv moștenitorii Asiguratului în calitate de Beneficiari) furnizează Asigurătorului declarații false sau informații incomplete.

Art. 4 – Plata Indemnizației de asigurare

4.1. În cazul în care Asiguratul este spitalizat ca urmare a unui accident pe durata de valabilitate a prezentei componente-tip de asigurare, Asigurătorul va plăti Beneficiarului Indemnizația de asigurare, conform prevederilor prezentelor Condiții Specifice ale Contractului de Asigurare.

4.2. Pentru ca indemnizația să fie plătită, accidentul ce cauzează spitalizarea trebuie să se producă după data intrării în vigoare a prezentei componente-tip de asigurare.

4.3. În decursul unui an de asigurare, Asigurătorul va plăti indemnizația de spitalizare corespunzător numărului efectiv de zile de spitalizare, dar nu mai mult de 180 de zile de

spitalizare în total sau 90 de zile de spitalizare pentru același eveniment asigurat.

4.4. Trei zile din fiecare perioadă de spitalizare nu sunt acoperite de Asigurător, fiind deduse din calculul Indemnizației de spitalizare.

4.5. În cazul decesului Asiguratului în timpul Spitalizării, Indemnizația de asigurare aferentă va fi plătită Beneficiarilor desemnați în Certificatul Individual de asigurare sau moștenitorilor legali.

4.6. Contractantul/Asiguratul/ Beneficiarul sau moștenitorii legali trebuie să informeze Asigurătorul despre producerea Evenimentului asigurat, în termen de maximum 30 (treizeci) de zile calendaristice de la externare sau de la stabilirea diagnosticului. Anunțul poate fi făcut prin e-mail/poștă prin completarea formularului standard pus la dispoziție de către Asigurător, semnat de Asigurat, însoțit de documentele menționate în formular care atestă producerea evenimentului.

Asigurătorul are dreptul de a refuza plata Indemnizației de asigurare în cazul în care nu se respectă prevederile din alineatul precedent sau condițiile articolului 478 al prezentelor Condiții Specifice ale Contractului de Asigurare, dacă din această cauză nu a putut stabili împrejurările producerii Evenimentului asigurat.

4.7. În scopul anunțării evenimentului și întocmirii dosarului de daună Contractantul/Asiguratul/Beneficiarul sau moștenitorii legali se obligă să transmită Asigurătorului următoarele documente:

- a) Copia actului de identitate al Asiguratului – semnată de Asigurat;
- b) Documente emise de către autoritățile competente, care să ateste împrejurările producerii Accidentului;
- c) Copie completă după foaia de observație din spital a Asiguratului;
- d) Copia biletului de ieșire din spital;
- e) Copia completă a fișei de consultații medicale întocmită de către medicul de familie;
- f) Documente medicale referitoare la istoricul medical care să cuprindă data apariției primelor simptome ale afecțiunii și data diagnosticării acesteia;
- g) Certificat de analiză toxicologică a Asiguratului în cazul în care aceasta a fost impusă prin lege;
- h) Copii traduse în limba română după documente emise de către autorități legal competente dacă evenimentul s-a produs în afara teritoriului României;
- i) Documente emise de către autoritățile competente, care să ateste împrejurările producerii Accidentului/Orice alte documente emise de către autorități legal competente, care să ateste împrejurările producerii Accidentului și care sunt solicitate de către Asigurător pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al Indemnizației.

4.8. Detalii referitoare la procedura de evaluare a evenimentului asigurat se pot obține la numărul de telefon sau adresa de e-mail comunicate de către Asigurător în cuprinsul Condițiilor Generale ale Contractului de Asigurare..

Art. 5 – Excluderi

5.1. Toate excluderile prevăzute în Art. 14 al Condițiilor Generale ale Contractului de Asigurare se aplică în mod corespunzător și prezentelor Condiții Specifice.

5.2. Asigurătorul nu acoperă riscul pentru spitalizările survenite, direct sau indirect, din următoarele situații:

- a) tentativă de suicid sau acțiuni de auto-vătămare/automutilare;
- b) chirurgia plastică și reparatorie (cu excepția cazurilor care au o indicație terapeutică expresă pentru deficite funcționale);
- c) anomalii congenitale sau afecțiuni consecutive acestora;
- d) afecțiuni stomatologice;
- e) tratamentul afecțiunilor localizate la nivelul țesutului cutanat și subcutanat;
- f) extragerea corpiilor străini, superficiali, de la nivelul pielii, conjunctivei, corneei, intranasali etc.;
- g) tratamentul unei arsuri de gradul I;
- h) afecțiuni survenite ca urmare a unor proceduri, tehnici, manevre medico-chirurgicale incorecte;
- i) controlul de rutină sau orice spitalizare necesară în scop explorator sau investigațional;
- j) afecțiuni determinate de acțiunea în timp a unor traumatisme sau eforturi fizice repetate;
- k) tratamentul pentru infertilitate, inseminare artificială, avort indus sau spontan, sarcina, nașterea și evoluția nefavorabilă a sarcinii datorată unui traumatism/accident;
- l) orice risc legat de infecția cu HIV/SIDA;
- m) o boală infecțioasă, indiferent de modul de transmitere;
- n) participarea Asiguratului la competiții, acțiuni hazardate, antrenamente, sporturi sau activități recreative care implică riscuri serioase cum ar fi, de exemplu - dar fără a se limita la - parapantism, parașutism, planorism, deltaplanorism, acrobație aeriană sau skydiving, acrobație, sporturi cu motor, cascadorie, speologie, scufundări sub 40 m, escalada și alpinismul montan, săriturile cu coarda elastică etc.;
- o) aviația, într-un alt mod decât ca pasager sau membru al echipajului pe o linie cu licență;
- p) 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;
- q) proceduri/tehnici de tratament efectuate fără indicația medicului autorizat;
- r) afecțiuni/tulburări neuropsihice sau schimbări în comportamentul psihologic, indiferent de cauză;
- s) proceduri/tehnici de tratament efectuate fără indicația medicului autorizat;
- t) orice spitalizare suferită pentru efectuarea unor proceduri în scop explorator/investigațional, endoscopii/laparoscopii;
- u) spitalizarea a survenit ulterior expirării unui termen de un an de la data producerii Accidentului;
- v) orice spitalizare cauzată de agravarea prin accident a unei afecțiuni/intervenții chirurgicale/tratament preexistent accidentului;

- w) orice spitalizare necesară pentru tratamentul unei afecțiuni cauzate de un accident preexistent datei de încheiere a contractului;
- x) spitalizarea a survenit ca urmare a agravării, prin Accident, a unei afecțiuni preexistente acestuia.
- y) Afecțiunea pentru care a fost necesară spitalizarea Asiguratului/Co-Asiguratului nu este cauzată direct de un Accident

5.3. Asigurătorul nu va plăti indemnizația pentru tratamente sau alte servicii medicale care nu sunt o necesitate medicală pentru Asigurat.

5.4. Asigurătorul nu acoperă riscul producerii Evenimentului asigurat în situația în care contractul nu este achitat la zi și este ieșit din perioada de grație de 30 de zile la data evenimentului asigurat.

Art. 6 - Definiții

Toți termenii definiți în Art. 19 al Condițiilor Generale ale Contractului de Asigurare sunt valabili și în cazul acestor Condiții Specifice, exceptând termenii definiți mai jos:

Beneficiar	Asiguratul.
Eveniment asigurat	Spitalizarea suferită de către Asigurat pentru afecțiuni cauzate direct de un Accident, pe perioada de valabilitate a componentei-tip.
Indemnizația de asigurare	Suma asigurată stabilită de către Contractant multiplicată cu numărul de zile de spitalizare.
Necesitate medicală	Orice serviciu medical care întrunește simultan următoarele caracteristici: 1. este în concordanță cu diagnosticul și reprezintă tratamentul medical standard pentru un accident sau o îmbolnăvire acoperite de asigurare; 2. este în conformitate cu standardele de bune practici medicale, cu standardele actuale de îngrijire medicală și dovedește beneficii medicale pentru Asigurat; 3. este adresat unor situații medicale care pot fi tratate doar într-un spital; 4. nu este practicat în scop experimental, investigațional, de cercetare medicală, de screening sau preventiv; 5. are un cost rezonabil, în standardele obișnuite, pentru tratamentul corespunzător situațiilor medicale cărora li se adresează.
Spital	Instituție sanitară care îndeplinește concomitent următoarele cerințe: <ul style="list-style-type: none"> • Funcționează în temeiul legii, în cadrul sistemului medical public sau privat și în condiții de

deplină autorizare și/sau acreditare;

- Acordă permanent asistență medicală de specialitate (pentru diagnosticul și tratamentul medical sau chirurgical al persoanelor bolnave sau accidentate) prin personal calificat: medici specialiști și asistenți medicali cu diplomă recunoscută și cu drept de exercitare a profesiei;
- Dispune de echipamente și instrumente adecvate efectuării procedurilor specifice de diagnostic și tratament;
- Ține o evidență clară a pacienților internați, cu menționarea evoluției zilnice și a procedurilor terapeutice care se execută pentru fiecare pacient.

Nu se consideră a fi spital:

- Instituții destinate îngrijirii alcoolicilor sau persoanelor dependente de droguri;
- Sanatorii (balneo-climaterice, TBC, recuperare neuro-psihomotorie);
- Instituții pentru tratarea bolilor psihice;
- Instituții de reabilitare;
- Azile pentru bătrâni.

Spitalizare	Orice perioadă de internare într-un spital a Asiguratului, perioadă considerată de către un medic specialist necesară pentru ameliorarea sau vindecarea unei boli sau a unei vătămări corporale suferite de Asigurat și care este cuprinsă integral, din punct de vedere calendaristic, în cadrul duratei de valabilitate a prezentei componente-tip de asigurare.
Zi de spitalizare	Intervalul de 24 ore petrecut de către Asigurat în spital. Prima zi de spitalizare, care începe la ora de internare a Asiguratului, odată cu luarea în evidența ca atare a acestuia de către spital și se termină la orele 24.00 ale aceleiași zile, este calculată ca o zi de spitalizare întreagă. Ultima zi de spitalizare care începe la ora 0.00 și se termină la momentul externării se consideră o zi de spitalizare întreagă.

Prezentele Condiții Specifice sunt aplicabile de la data de 29.08.2022 și se vor aplica Contractelor încheiate după această dată.

Gerke Anno Witteveen
Director Executiv Financiar



NN Asigurări de Viață S.A.
CUI 9100488

Gabriela Lupaș-Țicu
Director Arie Marketing și Operațiuni

