

Condițiile specifice ale asigurării suplimentare de spitalizare în caz de îmbolnăvire și accident (HS00)

Exemplarul clientului

Am primit condițiile contractuale:

Nume _____ Semnătura _____ Data primirii _____

Art. 1 - Aspecte generale:

- Asigurarea Suplimentară de Spitalizare în Caz de Îmbolnăvire și de Accident a societății NN Asigurări de Viață S.A. este guvernată de prezentele Condiții Specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare.
- Condițiile Contractuale Generale ale Contractului de asigurare precum și Condițiile Specifice ale Contractului de asigurare la care se atașează această Asigurare Suplimentară sunt valabile și se aplică în mod corespunzător prezentelor Condiții Specifice.
- Încheierea prezentei Asigurări Suplimentare este condiționată de încheierea Contractului de asigurare de bază pentru care Asigurătorul permite această Asigurare Suplimentară.
- Durata minimă de contractare a Asigurării Suplimentare este de 5 (cinci) ani, iar cea maximă de 15 (cincisprezece) ani.

Art. 2 - Definiții

Toți termenii definiți la Art. 2 al Condițiilor Contractuale Generale sunt valabili și în cazul acestor Condiții Specifice, exceptând termenii definiți mai jos:

Accident Orice eveniment imprevizibil, survenit independent de voința Asiguratului/Co-Asiguratului, care cauzează vătămări corporale imediate, datorate acțiunii bruște, unice asupra organismului a unor factori externi: fizici (mecanici, termici, electrici etc.) sau chimici, cu excepția infecțiilor (virale, bacteriene, fungice etc.) și substanțelor terapeutice care acționează asupra sistemului imunitar.

Aniversarea contractului de asigurare Fiecare aniversare a datei de încheiere a cererii de asigurare.

Asigurat Persoana a cărei stare de sănătate constituie obiectul Asigurării Suplimentare și care este totodată și Asiguratul din Contractul de asigurare.

Co-Asigurat Altă persoană care poate avea calitatea de Asigurat în cadrul Asigurării Suplimentare: soțul/soția și/sau copiii Asiguratului.

Limitele de vârstă pentru care Asiguratul/Coasiguratul poate beneficia de această Asigurare Suplimentară:

	Vârsta minimă de intrare	Vârsta maximă de intrare	Vârsta maximă de ieșire
Asigurat	18 ani Dacă Asiguratul este diferit de Contractant: 16 ani	60 ani	65 ani
Co-Asigurat	Copii: 0 ani Soț/Soție: 16 ani	Copii: 18 ani Soț/Soție: 60 ani	Copii: 20 ani Soț/Soție: 65 ani

Îmbolnăvire Modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate a Asiguratului/Co-Asiguratului, diagnosticată ca atare de un medic de specialitate, apărută în perioada de valabilitate a asigurării sau care se manifestă pentru prima dată în perioada de valabilitate a asigurării.

Eveniment asigurat

- Spitalizarea suferită de către Asigurat / Co-Asigurat pe perioada de acoperire a Asigurării Suplimentare, pentru afecțiuni cauzate direct de o Îmbolnăvire sau de un Accident.
- Încheierea unei perioade de asigurare de 5 ani consecutivi, perioadă pe parcursul căreia Asiguratul sau Co-Asiguratul nu a beneficiat de nicio indemnizație de spitalizare aferentă unui eveniment asigurat corespunzător.

Indemnizație de asigurare

Suma plătită de către Asigurător conform prezentelor condiții de asigurare, în cazul producerii evenimentului asigurat. În funcție de natura evenimentului asigurat, indemnizația de asigurare este de două tipuri:

- Indemnizație de Spitalizare** – reprezintă suma plătită în cazul spitalizării Asiguratului / Co-Asiguratului în caz de îmbolnăvire sau accident pe perioada de acoperire a Asigurării Suplimentare.
- Indemnizația „Beneficiul pentru sănătatea ta”** – reprezintă suma plătită Asiguratului, în condițiile menționate la art. 7 din prezentele condiții de asigurare. Aceasta indemnizație de asigurare se calculează atât pentru Asigurat, cât și pentru fiecare Co-Asigurat în parte.

Perioada de acoperire a asigurării suplimentare

Începe odată cu intrarea în vigoare a asigurării suplimentare și se termină la data expirării asigurării suplimentare sau a contractului de asigurare cu îndeplinirea uneia din condițiile următoare:

- contractul de asigurare este plătit la zi;
- contractul de asigurare este în perioada de grație de 30 de zile calendaristice.

Spitalizare

Perioada de internare a Asiguratului într-un Spital, perioadă considerată de către un medic specialist necesară pentru ameliorarea sau vindecarea unei boli sau a unei vătămări corporale suferite de Asigurat.

Secție Anestezie și Terapie Intensivă (A.T.I.)

Secția dintr-un spital, în care se tratează bolnavi aflați în stare critică de sănătate, care necesită monitorizare permanentă și menținerea, redresarea sau suplinirea a minim unei funcții vitale cu ajutorul unor echipamente adecvate acestor manevre medicale.

Se consideră, de exemplu, că necesită internarea într-o secție de Anestezie și Terapie Intensivă, persoane asigurate ce prezintă următoarele afecțiuni:

- insuficiență renală acută;
- insuficiență respiratorie acută ce necesită ventilație mecanică;
- insuficiență hepatică gravă ce necesită suplinirea funcției hepatice;
- politraumatisme – cu afectarea a cel puțin 2 (două) aparate cu rol în menținerea funcției vitale (renale, respiratorii, cardiovasculare sau a trunchiului cerebral);
- traumatisme cranio-cerebrale majore care afectează funcțiile vitale;
- intoxicații acute;
- stare de șoc (traumatic, hipovolemic, termic, etc).

Spital	<p>Instituție medicală care îndeplinește cumulativ următoarele cerințe:</p> <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 acreditate; • Acordă asistență medicală de specialitate, 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 efectuate pentru fiecare pacient. <p>Nu se consideră a fi Spital următoarele Instituții:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instituțiile destinate îngrijirii alcoolizilor sau persoanelor dependente de droguri; • Sanatoriile balneo-climaterice, TBC sau de recuperare neuro-psiomotorie; • Instituțiile pentru tratarea bolilor psihice; • Instituțiile de reabilitare; • Azilele pentru bătrâni.
---------------	---

Suma asigurată	Suma stabilită de Contractant pentru asigurarea suplimentară de spitalizare în caz de îmbolnăvire sau de un accident în contractul de asigurare și plătită de Asigurător în cazul producerii Evenimentului Asigurat constând în spitalizarea Asiguratului/Co-Asiguratului. Sumele asigurate vor avea aceeași valoare pentru Asigurat și pentru Co-Asigurați și vor respecta limitele în vigoare stabilite de Asigurător.
-----------------------	--

Zi de spitalizare	Intervalul de 24 ore petrecut efectiv de către Asigurat/Co-Asigurat în Spital. Prima zi de spitalizare începe la ora de internare a Asiguratului/Co-Asiguratului, odată cu luarea în evidență a acestuia de către Spital și se termină la ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare. Ultima zi de spitalizare începe la ora 0:00 a acestei zile și se termină la momentul externării.
--------------------------	---

Zi de spitalizare în secție de Anestezie și Terapie Intensivă (A.T.I.)	Intervalul de 24 ore petrecut efectiv de către Asigurat/Co-Asigurat într-o secție de Anestezie și Terapie Intensivă (A.T.I.).
---	---

Art. 3. Începerea și expirarea asigurării suplimentare

În funcție de momentul contractării prezentei Asigurării Suplimentare, aceasta intră în vigoare:

- La data încheierii Cererii inițiale de asigurare, conform art. 3.2. din Condițiile Contractuale Generale** - în cazul în care Contractantul asigurării a optat și pentru încheierea prezentei Asigurări Suplimentare;
- La aniversarea contractului de asigurare.** Asigurarea Suplimentară poate fi atașată contractului de asigurare numai la aniversarea acestuia dacă sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:
 - Contractantul a optat pentru această asigurare suplimentară în perioada preaniversară a contractului de asigurare;
 - Contractul de asigurare este achitat până la data aniversării acestuia;
 - Asigurătorul a evaluat și acceptat riscurile aferente atașării prezentei asigurări suplimentare.

În acest caz, Asigurarea Suplimentară intră în vigoare la ora 0:00 a aniversării contractului de asigurare.

- La repunerea în vigoare a Contractului de asigurare**, în situația în care Contractul de asigurare a fost reziliat sau transformat în contract liber de plata primelor, începând cu ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare plății primelor de asigurare restante.

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

Art. 4 - Primele de asigurare aferente Asigurării Suplimentare

- 4.1.** Frecvența, modalitatea și moneda de plată a primelor aferente prezentei Asigurării Suplimentare sunt identice cu cele ale Contractului de asigurare.
- 4.2.** Primele se plătesc pe întreaga durată de valabilitate a Asigurării Suplimentare.
- 4.3.** Primele se calculează pentru fiecare persoană asigurată în parte, în funcție de Suma asigurată și de vârstă. Nivelul primelor se modifică

la fiecare aniversare a contractului în funcție de vârsta curentă a fiecărei persoane asigurate.

- 4.4.** Prima totală este calculată ca sumă a primelor aferente tuturor persoanelor cuprinse în asigurare.
- 4.5.** Atunci când Asigurarea Suplimentară încetează pentru Co-Asigurați ca urmare a uneia dintre situațiile descrise mai jos:
 - a) decesul Co-Asiguratului;
 - b) încadrarea Co-Asiguratului într-o invaliditate de gradul I sau II datorată unei boli sau unui accident ori într-o invaliditate de gradul III datorată unui accident;
 - c) încadrarea Co-Asiguratului în grad de handicap grav,
Contractantul asigurării nu va mai plăti prima de asigurare aferentă respectivei persoane începând cu data următoarei scadențe după anunțarea unuia din cele trei evenimente menționate la lit. a-c.
- 4.6.** Atunci când, Asigurarea Suplimentară încetează pentru Co-Asigurați datorită împlinirii de către Co-Asigurat a vârstei maxime de asigurare, Contractantul asigurării nu va mai plăti prima de asigurare aferentă respectivei persoane începând cu data următoarei aniversări a contractului, riscul producerii Evenimentului asigurat fiind acoperit până în acel moment.
- 4.7.** Asigurătorul își rezervă dreptul de a modifica ratele de primă atunci când există o variație semnificativă a ratei de daună a portofoliului total de asigurări suplimentare de spitalizare în caz de îmbolnăvire și accident de la ultima modificare a ratelor de primă. Noile rate de primă vor intra în vigoare de la următoarea dată aniversară a contractului de asigurare.

Art. 5 - Indemnizația de spitalizare

- 5.1.** Indemnizația de spitalizare este plătită în condițiile în care evenimentul asigurat, respectiv spitalizarea Asiguratului/Co-Asiguratului în caz de îmbolnăvire sau accident, s-a produs în perioada de acoperire a Asigurării Suplimentare, conform prevederilor prezentelor condiții contractuale.
- 5.2.** Indemnizația de spitalizare este plătită Asiguratului și se calculează ca produs dintre Suma Asigurată și numărul de zile de spitalizare. Această Asigurare Suplimentară acoperă un număr nelimitat de zile de spitalizare, pentru fiecare persoană asigurată în parte.
- 5.3.** La fiecare perioadă de spitalizare a Asiguratului/Co-Asiguratului primele 2 (două) zile de spitalizare din perioada acoperită nu sunt despăgubite de Asigurător.
- 5.4.** Numărul de zile de spitalizare a Asiguratului/Co-Asiguratului într-o secție de Anestezie și Terapie Intensivă se va dubla, iar Indemnizația de spitalizare se va plăti în consecință. Nu se va dubla numărul de zile de spitalizare în cadrul unei secții de Anestezie și Terapie Intensivă pentru spitalizarea pentru preanestezie
- 5.5.** Pentru Co-Asigurații cu vârsta de până la 14 ani, cuantumul Indemnizației de spitalizare se va dubla. Se consideră că persoana Co-Asigurată a împlinit vârsta de 14 ani la data următoarei aniversări a contractului de asigurare care are loc după producerea evenimentului asigurat.
- 5.6.** În cazul decesului Asiguratului în timpul Spitalizării, Indemnizația de asigurare aferentă prezentei Asigurării Suplimentare este plătită Beneficiarilor desemnați în Contractul de asigurare. În cazul decesului Co-Asiguratului, Indemnizația este plătită Asiguratului.
- 5.7.** Acoperirea oferită de această Asigurare Suplimentară este valabilă atât pe teritoriul României, cât și în afara acestuia.
- 5.8.** Dacă evenimentul asigurat constând în spitalizarea Asiguratului/Co-Asiguratului s-a produs pe parcursul unei perioade de 5 ani de asigurare pentru care s-a acordat „Beneficiul pentru sănătatea ta”, dar a fost anunțat după plata de către Asigurător a „Beneficiului pentru sănătatea ta”, indemnizația de spitalizare va fi redusă cu suma achitată Asiguratului ca „Beneficiu pentru sănătatea ta”.

Art. 6. Situațiile în care Indemnizația de spitalizare nu este plătită

- 6.1.** Prezenta asigurare suplimentară include o perioadă de așteptare de 6 (șase) luni, interval în care Asigurătorul nu va acoperi riscul producerii Evenimentului asigurat cauzat de o îmbolnăvire, cu excepția cazului în care Evenimentul asigurat este cauzat de infectarea cu virusul SARS-COV-2, pentru care perioada de așteptare este de 1 (una) lună. Perioada de așteptare nu se aplică în cazul spitalizării pentru o afecțiune cauzată direct de un Accident. În funcție de momentul contractării Asigurării Suplimentare, perioada de așteptare se calculează astfel:
 - a) de la data încheierii Cererii de asigurare;
 - b) de la data repunerii în vigoare a Asigurării pentru contractele reziliate prin neplată/transformat în contracte libere de plata primelor și ulterior repuse în vigoare;
 - c) de la data intrării în vigoare a sumei asigurate mărite și se aplică pe diferența de sumă asigurată.

6.2. Asigurătorul nu acoperă riscul producerii Evenimentului asigurat în următoarele situații:

- a) Contractul nu este achitat la zi și este ieșit din perioada de grație de 30 de zile la data evenimentului asigurat constând în spitalizare;
- b) Afecțiunea pentru care a fost necesară spitalizarea Asiguratului/Co-Asiguratului nu este cauzată direct de un Accident sau de o Îmbolnăvire;
- c) Afecțiunea pentru care a fost necesară spitalizarea Asiguratului/Co-Asiguratului este cauzată direct de un Accident produs anterior/de o afecțiune preexistentă intrării în vigoare a Asigurării Suplimentare;
- d) Spitalizarea Asiguratului/Co-Asiguratului a survenit ca urmare a agravării, prin Accident, a unei afecțiuni preexistente intrării în vigoare a Asigurării Suplimentare;
- e) În cazul spitalizării pentru tratamente cosmetice și estetice, plastice și reparatorii (cu excepția cazurilor rezultate în urma unui accident petrecut în perioada asigurată);
- f) În cazul spitalizării pentru tratamente sau alte proceduri care modifică sau îmbunătățesc aspectul (de exemplu, tatuaje - inclusiv îndepărtarea unor tatuaje existente pe corp, piercing, tratamente pentru reîntinerire);
- g) În cazul spitalizării pentru tratamentul tulburărilor de vedere (miopia, hipermetropia, presbiopia etc.) cu excepția celor cauzate de un Accident produs în perioada asigurată;
- h) În cazul spitalizării pentru tratamentul anomaliiilor congenitale și/sau afecțiuni consecutive acestora;
- i) Intervenții chirurgicale de stomatologie, pedodontie, ortodontie, protetică, chirurgie BMF adresată dentiției și, alveolelor dentare, cu excepția celor cauzate direct și imediat de un Accident produs în perioada asigurată;
- j) În cazul spitalizării pentru tratamentul supragreutății sau obezității;
- k) Orice spitalizare survenită ca urmare a unui tratament medicamentos/chirurgical efectuat anterior Datei intrării în vigoare a asigurării suplimentare;
- l) În cazul spitalizării pentru tratamentul infertilității, sterilității, reversarea procedurilor de sterilitate, fecundarea artificială, fertilizarea in vitro sau transferul embrionului, tratamentul avortului provocat, impotență, frigiditate;
- m) În cazul spitalizării pentru tratamentul pentru schimbare de sex sau donare de organe.

6.3. Asigurătorul nu acoperă riscul de spitalizare a Asiguratului/Co-Asiguratului în cazul în care spitalizarea a fost cauzată direct sau indirect de:

- a) încercări de suicid sau de acțiuni de auto-vătămare, automutilare;
- b) participarea Asiguratului/Co-Asiguratului la acțiuni hazardate (acțiuni periculoase sau efectuate cu încălcarea prevederilor legale), sporturi sau activități ce implică riscuri cum ar fi, spre exemplu: planorismul, acrobația, cascadoria, speologia etc. nedecarate în Cererea de asigurare sau neaduse la cunoștința Asigurătorului.

6.4. Totodată, Asigurătorul nu acoperă riscul de spitalizare a Asiguratului/Co-Asiguratului în cazul în care Accidentul sau Îmbolnăvirea au fost cauzate direct sau indirect de:

- a) consumul voluntar de alcool, caracterizat printr-un grad de Alcoolemie peste limita legală stabilită pentru ca fapta să fie considerată contravenție;
- b) consumul voluntar de medicamente sau de alte substanțe chimice cum ar fi narcoticele, sedativele, amfetaminele, tranchilizantele fără indicația medicului autorizat;
- c) proceduri/tehnici de tratament efectuate fără indicația medicului autorizat;
- d) afecțiuni/tulburări neuro-psihoice sau schimbări în comportamentul psihologic, indiferent de cauză.

6.5. Indemnizația de spitalizare nu e plătită în cazul în care Contractantul/Asiguratul/Co-Asiguratul nu pune la dispoziția Asigurătorului, toate documentele cerute de acesta, precum și toate informațiile care au legătură cu vătămarea corporală care a determinat spitalizarea.

Art. 7. „Beneficiul pentru sănătatea ta”

7.1. „Beneficiul pentru sănătatea ta” este indemnizația oferită Asiguratului la fiecare perioadă de 5 ani consecutivi de asigurare dacă sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:

- a) contractul, inclusiv asigurarea suplimentară, sunt plătite la aniversarea celui de-al cincilea an de asigurare consecutiv;
- b) în perioada respectivă de 5 ani de asigurare nu s-a despăgubit niciun eveniment asigurat constând în spitalizarea

Asiguratului/Co-Asiguratului pentru afecțiuni cauzate direct de o Îmbolnăvire sau de un Accident.

„Beneficiul pentru sănătatea ta” este valabil atât pentru Asigurat, cât și pentru Co-Asigurat.

7.2. Cum se calculează perioada de asigurare de 5 ani ?

Prima perioadă de 5 ani începe la data intrării în vigoare a asigurării suplimentare și se încheie la aniversarea primilor 5 ani, dacă în această perioadă nu s-a despăgubit un eveniment asigurat constând în spitalizarea Asiguratului/Co-Asiguratului pentru afecțiuni cauzate direct de o Îmbolnăvire sau de un Accident. Următoarea perioadă de 5 ani se va calcula fie de la finalizarea perioadei anterioare de 5 ani (în cazul în care nu s-a despăgubit un eveniment asigurat și nu a fost acordată indemnizația de spitalizare), fie de la următoarea aniversare de după data producerii evenimentului asigurat despăgubit constând în spitalizarea Asiguratului/Co-Asiguratului.

7.3. Cum se calculează „Beneficiul pentru sănătatea ta”?

7.3.1. „Beneficiul pentru sănătatea ta” se calculează în funcție de primele achitate pentru Asigurat sau fiecare Co-Asigurat până la momentul calculului indemnizației, după cum urmează: 30% din suma primelor plătite de Contractant și încasate de Asigurător pentru prezenta asigurare, fără a fi luate în calcul reducerea de frecvență și de mărime (dacă există). Calculul indemnizației se realizează la aniversarea contractului de asigurare, aferentă finalizării perioadei de asigurare de 5 ani.

7.3.2. În cazul în care Contractantul a beneficiat de opțiunea de întrerupere pe perioadă determinată a plății primelor, primele aferente perioadei de suspendare a plății, nu sunt luate în calculul „Beneficiului pentru sănătatea ta”.

7.4. Când nu se acordă „Beneficiul pentru sănătatea ta”?

- a) În cazul decesului Asiguratului/Co-Asiguratului, dacă decesul a intervenit anterior împlinirii perioadei de 5 ani;
- b) În cazul rezilierii asigurării suplimentare, dacă rezilierea a fost procesată anterior împlinirii perioadei de 5 ani;
- c) În cazul în care, anterior împlinirii perioadei de 5 ani, primele de asigurare aferente Contractului de asigurare sunt preluate de către Asigurător prin intrarea în vigoare a opțiunii de scutire de la plata primelor urmare a încadrării Asiguratului în grad de invaliditate/handicap, conform condițiilor specifice ale acestei Opțiuni Suplimentare dacă este atașată contractului.

Art. 8. Drepturile și obligațiile părților

8.1. Pentru încheierea acestei Asigurări suplimentare, Asigurătorul are dreptul de a verifica starea de sănătate a Asiguratului, prin investigații clinice și paraclinice.

8.2. În situația în care pe durata asigurării suplimentare se constată că Asiguratul/Co-Asiguratul a oferit declarații false sau informații incomplete, Asigurătorul are următoarele drepturi:

- a) să modifice unilateral condițiile de acoperire contractuală a riscului producerii Evenimentului asigurat;
- b) să reducă valoarea Indemnizației plătibile;
- c) să refuze plata Indemnizației de asigurare;
- d) să rezilieze unilateral Asigurarea Suplimentară.

8.3. Asiguratul și Co-Asiguratul au obligația de a informa Asigurătorul despre orice schimbare intervenită în ocupația, sporturile, hobby-urile periculoase practicate și țara de reședință. În aceste cazuri, Asigurătorul are dreptul de a modifica unilateral condițiile de acoperire contractuală a riscului producerii Evenimentului asigurat sau de a rezilia unilateral Asigurarea Suplimentară. Pentru Co-Asigurații sub 18 ani, obligația de informare revine reprezentantului legal.

8.4. Asiguratul și Co-Asiguratul au obligația să anunțe evenimentul asigurat constând în spitalizare, imediat după producerea lui, în termen de 10 de zile de la externare. Anunțul se face prin trimiterea „Formularului de anunț al evenimentului asigurat Spitalizare/Intervenție chirurgicală”, semnat în original de Asigurat/Co-Asigurat, însoțit de documentele care atestă producerea evenimentului menționate în formular. Detalii referitoare la procedura de evaluare a evenimentului asigurat se pot obține la numărul de telefon/adresa email comunicate de către Asigurător.

Art. 9. Evaluarea evenimentului asigurat

9.1. Asigurătorul are dreptul să investigheze prin mijloace specifice, pe cheltuiala proprie și cu ajutorul unui medic desemnat de acesta, starea de sănătate a Asiguratului.

9.2. Contractantul asigurării are obligația de a transmite Asigurătorului, toate documentele cerute de acesta, precum și toate informațiile care au legătură cu vătămarea corporală care a determinat Spitalizarea.

9.3. În cazul în care Contractantul/Asiguratul nu transmite documentele

necesare pentru evaluarea circumstanțelor producerii Evenimentului asigurat solicitate de către Asigurător în termen de 60 (șaizeci) de zile calendaristice de la data solicitării, Asigurătorul este scutit de obligația pe care și-a asumat-o prin prezenta asigurare.

- 9.4.** Documente necesare evaluării evenimentului asigurat constând în spitalizarea Asiguratului/Co-Asiguratului:
- documentele prezentate la articolul 8.5. al Condițiilor Contractuale Generale ale Contractului de asigurare;
 - copie după actul de identitate al Asiguratului/Co-Asiguratului: certificat de naștere – pentru copii, buletin/carte de identitate – pentru cetățenii români sau pașaport - pentru cetățenii străini;
 - copia fișei de consultații medicale întocmită de către medicul de familie - fiecare pagină trebuie să fie numerotată, parafată și semnată în original, pentru conformitate;
 - istoric medical care să cuprindă data apariției primelor simptome ale afecțiunii și data diagnosticării inițiale ale acesteia (document emis de medicul curant);
 - documente emise de către autoritățile competente, care să ateste împrejurările producerii Accidentului;
 - copia completă a Foi de observație din Spital a Asiguratului/Co-Asiguratului;
 - biletul de ieșire din Spital în original;
 - certificat de analiză toxicologică a Asiguratului/Co-Asiguratului în cazul în care aceasta a fost impusă prin lege;
 - în cazul producerii Evenimentului asigurat, în afara teritoriului României, documentele transmise vor fi cele menționate la lit. a-c și copii traduse în limba română și legalizate ale documentelor de la lit. d-h de mai sus sau ale oricărui alte documente emise de către autorități legal competente, care să ateste împrejurările producerii Accidentului. Acestea sunt solicitate de către Asigurător pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al Indemnizației.

9.5. Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita și alte documente, în scopul determinării valabilității solicitării și a valorii Indemnizației de asigurare.

9.6. Refuzul Contractantului/Asiguratului sau Beneficiarului de a pune la dispoziția Asigurătorului documentele solicitate dă dreptul Asigurătorului de a refuza plata Indemnizației de asigurare, dacă din acest motiv nu pot fi stabilite cauza, modul de producere și urmările Evenimentului asigurat.

9.7. Evaluarea evenimentului asigurat constând în spitalizarea Asiguratului/Co-Asiguratului va fi finalizată în funcție de primirea la timp a tuturor documentelor solicitate pentru evaluarea acestuia. Indemnizația de spitalizare va fi plătită în termen de 30 (treizeci) de zile de la momentul finalizării investigațiilor.

9.8. Plata Indemnizației de asigurare se va face pe teritoriul României, în moneda convenită în Polița de asigurare și în conformitate cu legile aplicabile privind impozitele și taxele, în vigoare la data efectuării plății.

Art. 10. Protecția împotriva inflației

10.1. La fiecare aniversare a contractului de asigurare, Contractantul asigurării are dreptul de a opta pentru majorarea Sumei asigurate aferentă prezentei asigurări suplimentare și, în consecință a primei de asigurare, alegând unul din procentele de creștere stabilite de către Asigurător, fără a fi necesară evaluare medicală.

10.2. Dacă Contractantul asigurării acceptă majorarea Sumei asigurate, prima de asigurare va crește în conformitate cu principiile standard ale matematicii actuariale.

10.3. Dreptul la opțiunea de protecție împotriva inflației este valabil atât timp cât este valabil și pentru Contractul de asigurare.

Art. 11. Modificarea Sumei Asigurate

11.1. Suma Asigurată poate fi mărită (respectând limitele stabilite de Asigurător) în orice moment, cu excepția unei perioade de 45 zile înainte de aniversarea contractului. Pentru acceptarea majorării sumei asigurate este necesară o reevaluare a riscului asigurabil. În acest scop, Asigurătorul va solicita documentele și informațiile necesare evaluării. Ca urmare a reevaluării riscurilor, este posibil

ca Asigurătorul să nu accepte majorarea sumei asigurate sau să accepte noua sumă asigurată în alți termeni dacă riscurile acoperite sau condițiile de acordare a asigurării s-au modificat față de data ultimei evaluări. Prima eșalonată aferentă asigurării suplimentare va fi modificată corespunzător.

11.2. Suma asigurată poate fi redusă în orice moment începând cu al doilea an de asigurare, cu excepția unei perioade de 45 zile înainte de aniversarea contractului, cu respectarea unei limite minime stabilite de Asigurător. Prima eșalonată aferentă asigurării suplimentare va fi modificată corespunzător.

11.3. Noua Sumă Asigurată rezultată în urma modificării acesteia va fi valabilă simultan atât pentru Asigurat, cât și pentru Co-Asigurat.

11.4. Schimbările produse întră în vigoare la data următoarei scadențe de plată, cu condiția acceptării lor de către Asigurător.

Art. 12 - Încetarea Asigurării Suplimentare

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

- la data expirării duratei Asigurării Suplimentare, prevăzută în cadrul Poliței de asigurare;
- în condițiile prevăzute la Art. 5 al Condițiilor Contractuale Generale ale Contractului de asigurare;
- la data împlinirii de către Asigurat a vârstei de 65 (șaizecișicinci) de ani;
- la data decesului Asiguratului;
- la data transformării Contractul de asigurare într-un Contract liber de plata primelor;
- la data încetării Contractului de asigurare la care a fost atașată Asigurarea Suplimentară, în conformitate cu prevederile Condițiilor Specifice aferente produselor de asigurare;
- la data la care Asiguratul din Contractul de asigurare este încadrat într-o invaliditate de gradul I sau II datorată unei boli sau unui accident, o invaliditate de gradul III datorată unui accident în conformitate cu prevederile legislative în vigoare privind criteriile și normele de încadrare în grade de invaliditate sau încadrarea în grad de handicap grav, în conformitate cu prevederile legislative în vigoare privind criteriile și normele de încadrare în grade de invaliditate și handicap;
- la cererea expresă a Contractantului Asigurării sau a Asiguratului.

12.2. Asigurarea Suplimentară încetează pentru Co-Asigurați fără a mai fi necesară îndeplinirea vreunei alte formalități, somații, proceduri etc. și fără intervenția vreunei instanțe judecătorești, în următoarele situații:


- în situațiile prevăzute la art. 12.1 de mai sus;
- la data decesului Co-Asiguratului;
- la data împlinirii de către Co-Asiguratul respectiv a vârstei maxime corespunzătoare asigurării;
- în cazul în care Co-Asiguratul respectiv este încadrat într-o invaliditate de gradul I sau II datorată unei boli sau unui accident ori o invaliditate de gradul III datorată unui accident în conformitate cu prevederile legislative în vigoare privind criteriile și normele de încadrare în grade de invaliditate sau încadrarea în grad de handicap grav în conformitate cu prevederile legislative în vigoare privind criteriile și normele de încadrare în grade de invaliditate și handicap;
- la cererea expresă a Contractantului Asigurării sau a Asiguratului.

12.3. Asigurarea Suplimentară nu are Valoare de răscumpărare (parțială sau totală) sau participare la profit. Asigurătorul nu are nicio obligație de plată în cazul încetării Asigurării Suplimentare.

Art. 13. Prevederi finale


Prezentele Condiții Specifice ale Asigurării Suplimentare de Spitalizare în Caz de Îmbolnăvire și Accident sunt aplicabile de la data de 30.03.2015 și se vor aplica asigurărilor suplimentare încheiate după această dată.

Kuldeep Kaushik
Director General



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

Gabriela Lupaș Țicu
Director Arie Marketing și Operațiuni



Condițiile specifice ale asigurării suplimentare de spitalizare în caz de îmbolnăvire și accident (HS00)

Exemplar de returnat la sediul central

Am primit condițiile contractuale:

Nume _____ Semnătura _____ Data primirii _____

Art. 1 - Aspecte generale:

- 1.1.** Asigurarea Suplimentară de Spitalizare în Caz de Îmbolnăvire și de Accident a societății NN Asigurări de Viață S.A. este guvernată de prezentele Condiții Specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare.
- 1.2.** Condițiile Contractuale Generale ale Contractului de asigurare precum și Condițiile Specifice ale Contractului de asigurare la care se atașează această Asigurare Suplimentară sunt valabile și se aplică în mod corespunzător prezentelor Condiții Specifice.
- 1.3.** Încheierea prezentei Asigurări Suplimentare este condiționată de încheierea Contractului de asigurare de bază pentru care Asigurătorul permite această Asigurare Suplimentară.
- 1.4.** Durata minimă de contractare a Asigurării Suplimentare este de 5 (cinci) ani, iar cea maximă de 15 (cincisprezece) ani.

Art. 2 - Definiții

Toți termenii definiți la Art. 2 al Condițiilor Contractuale Generale sunt valabili și în cazul acestor Condiții Specifice, exceptând termenii definiți mai jos:

Accident Orice eveniment imprevizibil, survenit independent de voința Asiguratului/Co-Asiguratului, care cauzează vătămări corporale imediate, datorate acțiunii bruște, unice asupra organismului a unor factori externi: fizici (mecanici, termici, electrici etc.) sau chimici, cu excepția infecțiilor (virale, bacteriene, fungice etc.) și substanțelor terapeutice care acționează asupra sistemului imunitar.

Aniversarea contractului de asigurare Fiecare aniversare a datei de încheiere a cererii de asigurare.

Asigurat Persoana a cărei stare de sănătate constituie obiectul Asigurării Suplimentare și care este totodată și Asiguratul din Contractul de asigurare.

Co-Asigurat Altă persoană care poate avea calitatea de Asigurat în cadrul Asigurării Suplimentare: soțul/soția și/sau copiii Asiguratului.

Limitele de vârstă pentru care Asiguratul/Coasiguratul poate beneficia de această Asigurare Suplimentară:

	Vârsta minimă de intrare	Vârsta maximă de intrare	Vârsta maximă de ieșire
Asigurat	18 ani Dacă Asiguratul este diferit de Contractant: 16 ani	60 ani	65 ani
Co-Asigurat	Copii: 0 ani Soț/Soție: 16 ani	Copii: 18 ani Soț/Soție: 60 ani	Copii: 20 ani Soț/Soție: 65 ani

Îmbolnăvire Modificarea organică sau funcțională a stării normale de sănătate a Asiguratului/Co-Asiguratului, diagnosticată ca atare de un medic de specialitate, apărută în perioada de valabilitate a asigurării sau care se manifestă pentru prima dată în perioada de valabilitate a asigurării.

Eveniment asigurat

- 1. Spitalizarea suferită de către Asigurat / Co-Asigurat** pe perioada de acoperire a Asigurării Suplimentare, pentru afecțiuni cauzate direct de o Îmbolnăvire sau de un Accident.
- 2. Încheierea unei perioade de asigurare de 5 ani consecutivi**, perioadă pe parcursul căreia Asiguratul sau Co-Asiguratul nu a beneficiat de nicio indemnizație de spitalizare aferentă unui eveniment asigurat corespunzător.

Indemnizație de asigurare

Suma plătită de către Asigurător conform prezentelor condiții de asigurare, în cazul producerii evenimentului asigurat. În funcție de natura evenimentului asigurat, indemnizația de asigurare este de două tipuri:

- 1. Indemnizație de Spitalizare** – reprezintă suma plătită în cazul spitalizării Asiguratului / Co-Asiguratului în caz de îmbolnăvire sau accident pe perioada de acoperire a Asigurării Suplimentare.
- 2. Indemnizația „Beneficiul pentru sănătatea ta”** – reprezintă suma plătită Asiguratului, în condițiile menționate la art. 7 din prezentele condiții de asigurare. Aceasta indemnizație de asigurare se calculează atât pentru Asigurat, cât și pentru fiecare Co-Asigurat în parte.

Perioada de acoperire a asigurării suplimentare

Începe odată cu intrarea în vigoare a asigurării suplimentare și se termină la data expirării asigurării suplimentare sau a contractului de asigurare cu îndeplinirea uneia din condițiile următoare:

1. contractul de asigurare este plătit la zi;
2. contractul de asigurare este în perioada de grație de 30 de zile calendaristice.

Spitalizare

Perioada de internare a Asiguratului într-un Spital, perioadă considerată de către un medic specialist necesară pentru ameliorarea sau vindecarea unei boli sau a unei vătămări corporale suferite de Asigurat.

Secție Anestezie și Terapie Intensivă (A.T.I.)

Secția dintr-un spital, în care se tratează bolnavi aflați în stare critică de sănătate, care necesită monitorizare permanentă și menținerea, redresarea sau suplinirea a minim unei funcții vitale cu ajutorul unor echipamente adecvate acestor manevre medicale.

Se consideră, de exemplu, că necesită internarea într-o secție de Anestezie și Terapie Intensivă, persoane asigurate ce prezintă următoarele afecțiuni:

- insuficiență renală acută;
- insuficiență respiratorie acută ce necesită ventilație mecanică;
- insuficiență hepatică gravă ce necesită suplinirea funcției hepatice;
- politraumatisme – cu afectarea a cel puțin 2 (două) aparate cu rol în menținerea funcției vitale (renale, respiratorii, cardiovasculare sau a trunchiului cerebral);
- traumatisme cranio-cerebrale majore care afectează funcțiile vitale;
- intoxicații acute;
- stare de șoc (traumatic, hipovolemic, termic, etc).

Spital	<p>Instituție medicală care îndeplinește cumulativ următoarele cerințe:</p> <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 acreditate; • Acordă asistență medicală de specialitate, 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 efectuate pentru fiecare pacient. <p>Nu se consideră a fi Spital următoarele Instituții:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instituțiile destinate îngrijirii alcoolizilor sau persoanelor dependente de droguri; • Sanatoriile balneo-climaterice, TBC sau de recuperare neuro-psiomotorie; • Instituțiile pentru tratarea bolilor psihice; • Instituțiile de reabilitare; • Azilele pentru bătrâni.
---------------	---

Suma asigurată	Suma stabilită de Contractant pentru asigurarea suplimentară de spitalizare în caz de îmbolnăvire sau de un accident în contractul de asigurare și plătită de Asigurător în cazul producerii Evenimentului Asigurat constând în spitalizarea Asiguratului/Co-Asiguratului. Sumele asigurate vor avea aceeași valoare pentru Asigurat și pentru Co-Asigurați și vor respecta limitele în vigoare stabilite de Asigurător.
-----------------------	--

Zi de spitalizare	Intervalul de 24 ore petrecut efectiv de către Asigurat/Co-Asigurat în Spital. Prima zi de spitalizare începe la ora de internare a Asiguratului/Co-Asiguratului, odată cu luarea în evidență a acestuia de către Spital și se termină la ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare. Ultima zi de spitalizare începe la ora 0:00 a acestei zile și se termină la momentul externării.
--------------------------	---

Zi de spitalizare în secție de Anestezie și Terapie Intensivă (A.T.I.)	Intervalul de 24 ore petrecut efectiv de către Asigurat/Co-Asigurat într-o secție de Anestezie și Terapie Intensivă (A.T.I.).
---	---

Art. 3. Începerea și expirarea asigurării suplimentare

În funcție de momentul contractării prezentei Asigurării Suplimentare, aceasta intră în vigoare:

- La data încheierii Cererii inițiale de asigurare, conform art. 3.2. din Condițiile Contractuale Generale** - în cazul în care Contractantul asigurării a optat și pentru încheierea prezentei Asigurări Suplimentare;
- La aniversarea contractului de asigurare.** Asigurarea Suplimentară poate fi atașată contractului de asigurare numai la aniversarea acestuia dacă sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:
 - Contractantul a optat pentru această asigurare suplimentară în perioada preaniversară a contractului de asigurare;
 - Contractul de asigurare este achitat până la data aniversării acestuia;
 - Asigurătorul a evaluat și acceptat riscurile aferente atașării prezentei asigurări suplimentare.

În acest caz, Asigurarea Suplimentară intră în vigoare la ora 0:00 a aniversării contractului de asigurare.

- La repunerea în vigoare a Contractului de asigurare**, în situația în care Contractul de asigurare a fost reziliat sau transformat în contract liber de plata primelor, începând cu ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare plății primelor de asigurare restante.

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

Art. 4 - Primele de asigurare aferente Asigurării Suplimentare

- 4.1.** Frecvența, modalitatea și moneda de plată a primelor aferente prezentei Asigurării Suplimentare sunt identice cu cele ale Contractului de asigurare.
- 4.2.** Primele se plătesc pe întreaga durată de valabilitate a Asigurării Suplimentare.
- 4.3.** Primele se calculează pentru fiecare persoană asigurată în parte, în funcție de Suma asigurată și de vârstă. Nivelul primelor se modifică

la fiecare aniversare a contractului în funcție de vârsta curentă a fiecărei persoane asigurate.

- 4.4.** Prima totală este calculată ca sumă a primelor aferente tuturor persoanelor cuprinse în asigurare.
- 4.5.** Atunci când Asigurarea Suplimentară încetează pentru Co-Asigurați ca urmare a uneia dintre situațiile descrise mai jos:
 - a) decesul Co-Asiguratului;
 - b) încadrarea Co-Asiguratului într-o invaliditate de gradul I sau II datorată unei boli sau unui accident ori într-o invaliditate de gradul III datorată unui accident;
 - c) încadrarea Co-Asiguratului în grad de handicap grav,
Contractantul asigurării nu va mai plăti prima de asigurare aferentă respectivei persoane începând cu data următoarei scadențe după anunțarea unuia din cele trei evenimente menționate la lit. a-c.
- 4.6.** Atunci când, Asigurarea Suplimentară încetează pentru Co-Asigurați datorită împlinirii de către Co-Asigurat a vârstei maxime de asigurare, Contractantul asigurării nu va mai plăti prima de asigurare aferentă respectivei persoane începând cu data următoarei aniversări a contractului, riscul producerii Evenimentului asigurat fiind acoperit până în acel moment.
- 4.7.** Asigurătorul își rezervă dreptul de a modifica ratele de primă atunci când există o variație semnificativă a ratei de daună a portofoliului total de asigurări suplimentare de spitalizare în caz de îmbolnăvire și accident de la ultima modificare a ratelor de primă. Noile rate de primă vor intra în vigoare de la următoarea dată aniversară a contractului de asigurare.

Art. 5 - Indemnizația de spitalizare

- 5.1.** Indemnizația de spitalizare este plătită în condițiile în care evenimentul asigurat, respectiv spitalizarea Asiguratului/Co-Asiguratului în caz de îmbolnăvire sau accident, s-a produs în perioada de acoperire a Asigurării Suplimentare, conform prevederilor prezentelor condiții contractuale.
- 5.2.** Indemnizația de spitalizare este plătită Asiguratului și se calculează ca produs dintre Suma Asigurată și numărul de zile de spitalizare. Această Asigurare Suplimentară acoperă un număr nelimitat de zile de spitalizare, pentru fiecare persoană asigurată în parte.
- 5.3.** La fiecare perioadă de spitalizare a Asiguratului/Co-Asiguratului primele 2 (două) zile de spitalizare din perioada acoperită nu sunt despăgubite de Asigurător.
- 5.4.** Numărul de zile de spitalizare a Asiguratului/Co-Asiguratului într-o secție de Anestezie și Terapie Intensivă se va dubla, iar Indemnizația de spitalizare se va plăti în consecință. Nu se va dubla numărul de zile de spitalizare în cadrul unei secții de Anestezie și Terapie Intensivă pentru spitalizarea pentru preanestezie
- 5.5.** Pentru Co-Asigurații cu vârsta de până la 14 ani, cuantumul Indemnizației de spitalizare se va dubla. Se consideră că persoana Co-Asigurată a împlinit vârsta de 14 ani la data următoarei aniversări a contractului de asigurare care are loc după producerea evenimentului asigurat.
- 5.6.** În cazul decesului Asiguratului în timpul Spitalizării, Indemnizația de asigurare aferentă prezentei Asigurării Suplimentare este plătită Beneficiarilor desemnați în Contractul de asigurare. În cazul decesului Co-Asiguratului, Indemnizația este plătită Asiguratului.
- 5.7.** Acoperirea oferită de această Asigurare Suplimentară este valabilă atât pe teritoriul României, cât și în afara acestuia.
- 5.8.** Dacă evenimentul asigurat constând în spitalizarea Asiguratului/Co-Asiguratului s-a produs pe parcursul unei perioade de 5 ani de asigurare pentru care s-a acordat „Beneficiul pentru sănătatea ta”, dar a fost anunțat după plata de către Asigurător a „Beneficiului pentru sănătatea ta”, indemnizația de spitalizare va fi redusă cu suma achitată Asiguratului ca „Beneficiu pentru sănătatea ta”.

Art. 6. Situațiile în care Indemnizația de spitalizare nu este plătită

- 6.1.** Prezenta asigurare suplimentară include o perioadă de așteptare de 6 (șase) luni, interval în care Asigurătorul nu va acoperi riscul producerii Evenimentului asigurat cauzat de o îmbolnăvire, cu excepția cazului în care Evenimentul asigurat este cauzat de infectarea cu virusul SARS-COV-2, pentru care perioada de așteptare este de 1 (una) lună. Perioada de așteptare nu se aplică în cazul spitalizării pentru o afecțiune cauzată direct de un Accident. În funcție de momentul contractării Asigurării Suplimentare, perioada de așteptare se calculează astfel:
 - a) de la data încheierii Cererii de asigurare;
 - b) de la data repunerii în vigoare a Asigurării pentru contractele reziliate prin neplată/transformat în contracte libere de plata primelor și ulterior repuse în vigoare;
 - c) de la data intrării în vigoare a sumei asigurate mărite și se aplică pe diferența de sumă asigurată.

6.2. Asigurătorul nu acoperă riscul producerii Evenimentului asigurat în următoarele situații:

- a) Contractul nu este achitat la zi și este ieșit din perioada de grație de 30 de zile la data evenimentului asigurat constând în spitalizare;
- b) Afecțiunea pentru care a fost necesară spitalizarea Asiguratului/Co-Asiguratului nu este cauzată direct de un Accident sau de o Îmbolnăvire;
- c) Afecțiunea pentru care a fost necesară spitalizarea Asiguratului/Co-Asiguratului este cauzată direct de un Accident produs anterior/de o afecțiune preexistentă intrării în vigoare a Asigurării Suplimentare;
- d) Spitalizarea Asiguratului/Co-Asiguratului a survenit ca urmare a agravării, prin Accident, a unei afecțiuni preexistente intrării în vigoare a Asigurării Suplimentare;
- e) În cazul spitalizării pentru tratamente cosmetice și estetice, plastice și reparatorii (cu excepția cazurilor rezultate în urma unui accident petrecut în perioada asigurată);
- f) În cazul spitalizării pentru tratamente sau alte proceduri care modifică sau îmbunătățesc aspectul (de exemplu, tatuaje - inclusiv îndepărtarea unor tatuaje existente pe corp, piercing, tratamente pentru reîntinerire);
- g) În cazul spitalizării pentru tratamentul tulburărilor de vedere (miopia, hipermetropia, presbiopia etc.) cu excepția celor cauzate de un Accident produs în perioada asigurată;
- h) În cazul spitalizării pentru tratamentul anomaliiilor congenitale și/sau afecțiuni consecutive acestora;
- i) Intervenții chirurgicale de stomatologie, pedodontie, ortodontie, protetică, chirurgie BMF adresată dentiției și, alveolelor dentare, cu excepția celor cauzate direct și imediat de un Accident produs în perioada asigurată;
- j) În cazul spitalizării pentru tratamentul supragreutății sau obezității;
- k) Orice spitalizare survenită ca urmare a unui tratament medicamentos/chirurgical efectuat anterior Datei intrării în vigoare a asigurării suplimentare;
- l) În cazul spitalizării pentru tratamentul infertilității, sterilității, reversarea procedurilor de sterilitate, fecundarea artificială, fertilizarea in vitro sau transferul embrionului, tratamentul avortului provocat, impotență, frigiditate;
- m) În cazul spitalizării pentru tratamentul pentru schimbare de sex sau donare de organe.

6.3. Asigurătorul nu acoperă riscul de spitalizare a Asiguratului/Co-Asiguratului în cazul în care spitalizarea a fost cauzată direct sau indirect de:

- a) încercări de suicid sau de acțiuni de auto-vătămare, automutilare;
- b) participarea Asiguratului/Co-Asiguratului la acțiuni hazardate (acțiuni periculoase sau efectuate cu încălcarea prevederilor legale), sporturi sau activități ce implică riscuri cum ar fi, spre exemplu: planorismul, acrobația, cascadoria, speologia etc. nedecarate în Cererea de asigurare sau neaduse la cunoștința Asigurătorului.

6.4. Totodată, Asigurătorul nu acoperă riscul de spitalizare a Asiguratului/Co-Asiguratului în cazul în care Accidentul sau Îmbolnăvirea au fost cauzate direct sau indirect de:

- a) consumul voluntar de alcool, caracterizat printr-un grad de Alcoolemie peste limita legală stabilită pentru ca fapta să fie considerată contravenție;
- b) consumul voluntar de medicamente sau de alte substanțe chimice cum ar fi narcoticele, sedativele, amfetaminele, tranchilizantele fără indicația medicului autorizat;
- c) proceduri/tehnici de tratament efectuate fără indicația medicului autorizat;
- d) afecțiuni/tulburări neuro-psihoice sau schimbări în comportamentul psihologic, indiferent de cauză.

6.5. Indemnizația de spitalizare nu e plătită în cazul în care Contractantul/Asiguratul/Co-Asiguratul nu pune la dispoziția Asigurătorului, toate documentele cerute de acesta, precum și toate informațiile care au legătură cu vătămarea corporală care a determinat spitalizarea.

Art. 7. „Beneficiul pentru sănătatea ta”

7.1. „Beneficiul pentru sănătatea ta” este indemnizația oferită Asiguratului la fiecare perioadă de 5 ani consecutivi de asigurare dacă sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:

- a) contractul, inclusiv asigurarea suplimentară, sunt plătite la aniversarea celui de-al cincilea an de asigurare consecutiv;
- b) în perioada respectivă de 5 ani de asigurare nu s-a despăgubit niciun eveniment asigurat constând în spitalizarea

Asiguratului/Co-Asiguratului pentru afecțiuni cauzate direct de o Îmbolnăvire sau de un Accident.

„Beneficiul pentru sănătatea ta” este valabil atât pentru Asigurat, cât și pentru Co-Asigurat.

7.2. Cum se calculează perioada de asigurare de 5 ani ?

Prima perioadă de 5 ani începe la data intrării în vigoare a asigurării suplimentare și se încheie la aniversarea primilor 5 ani, dacă în această perioadă nu s-a despăgubit un eveniment asigurat constând în spitalizarea Asiguratului/Co-Asiguratului pentru afecțiuni cauzate direct de o Îmbolnăvire sau de un Accident. Următoarea perioadă de 5 ani se va calcula fie de la finalizarea perioadei anterioare de 5 ani (în cazul în care nu s-a despăgubit un eveniment asigurat și nu a fost acordată indemnizația de spitalizare), fie de la următoarea aniversare de după data producerii evenimentului asigurat despăgubit constând în spitalizarea Asiguratului/Co-Asiguratului.

7.3. Cum se calculează „Beneficiul pentru sănătatea ta”?

7.3.1. „Beneficiul pentru sănătatea ta” se calculează în funcție de primele achitate pentru Asigurat sau fiecare Co-Asigurat până la momentul calculului indemnizației, după cum urmează: 30% din suma primelor plătite de Contractant și încasate de Asigurător pentru prezenta asigurare, fără a fi luate în calcul reducerea de frecvență și de mărime (dacă există). Calculul indemnizației se realizează la aniversarea contractului de asigurare, aferentă finalizării perioadei de asigurare de 5 ani.

7.3.2. În cazul în care Contractantul a beneficiat de opțiunea de întrerupere pe perioadă determinată a plății primelor, primele aferente perioadei de suspendare a plății, nu sunt luate în calculul „Beneficiului pentru sănătatea ta”.

7.4. Când nu se acordă „Beneficiul pentru sănătatea ta”?

- a) În cazul decesului Asiguratului/Co-Asiguratului, dacă decesul a intervenit anterior împlinirii perioadei de 5 ani;
- b) În cazul rezilierii asigurării suplimentare, dacă rezilierea a fost procesată anterior împlinirii perioadei de 5 ani;
- c) În cazul în care, anterior împlinirii perioadei de 5 ani, primele de asigurare aferente Contractului de asigurare sunt preluate de către Asigurător prin intrarea în vigoare a opțiunii de scutire de la plata primelor urmare a încadrării Asiguratului în grad de invaliditate/handicap, conform condițiilor specifice ale acestei Opțiuni Suplimentare dacă este atașată contractului.

Art. 8. Drepturile și obligațiile părților

8.1. Pentru încheierea acestei Asigurări suplimentare, Asigurătorul are dreptul de a verifica starea de sănătate a Asiguratului, prin investigații clinice și paraclinice.

8.2. În situația în care pe durata asigurării suplimentare se constată că Asiguratul/Co-Asiguratul a oferit declarații false sau informații incomplete, Asigurătorul are următoarele drepturi:

- a) să modifice unilateral condițiile de acoperire contractuală a riscului producerii Evenimentului asigurat;
- b) să reducă valoarea Indemnizației plătibile;
- c) să refuze plata Indemnizației de asigurare;
- d) să rezilieze unilateral Asigurarea Suplimentară.

8.3. Asiguratul și Co-Asiguratul au obligația de a informa Asigurătorul despre orice schimbare intervenită în ocupația, sporturile, hobby-urile periculoase practicate și țara de reședință. În aceste cazuri, Asigurătorul are dreptul de a modifica unilateral condițiile de acoperire contractuală a riscului producerii Evenimentului asigurat sau de a rezilia unilateral Asigurarea Suplimentară. Pentru Co-Asigurații sub 18 ani, obligația de informare revine reprezentantului legal.

8.4. Asiguratul și Co-Asiguratul au obligația să anunțe evenimentul asigurat constând în spitalizare, imediat după producerea lui, în termen de 10 de zile de la externare. Anunțul se face prin trimiterea „Formularului de anunț al evenimentului asigurat Spitalizare/Intervenție chirurgicală”, semnat în original de Asigurat/Co-Asigurat, însoțit de documentele care atestă producerea evenimentului menționate în formular. Detalii referitoare la procedura de evaluare a evenimentului asigurat se pot obține la numărul de telefon/adresa email comunicate de către Asigurător.

Art. 9. Evaluarea evenimentului asigurat

9.1. Asigurătorul are dreptul să investigheze prin mijloace specifice, pe cheltuiala proprie și cu ajutorul unui medic desemnat de acesta, starea de sănătate a Asiguratului.

9.2. Contractantul asigurării are obligația de a transmite Asigurătorului, toate documentele cerute de acesta, precum și toate informațiile care au legătură cu vătămarea corporală care a determinat Spitalizarea.

9.3. În cazul în care Contractantul/Asiguratul nu transmite documentele

necesare pentru evaluarea circumstanțelor producerii Evenimentului asigurat solicitate de către Asigurător în termen de 60 (șaizeci) de zile calendaristice de la data solicitării, Asigurătorul este scutit de obligația pe care și-a asumat-o prin prezenta asigurare.

- 9.4.** Documente necesare evaluării evenimentului asigurat constând în spitalizarea Asiguratului/Co-Asiguratului:
- documentele prezentate la articolul 8.5. al Condițiilor Contractuale Generale ale Contractului de asigurare;
 - copie după actul de identitate al Asiguratului/Co-Asiguratului: certificat de naștere – pentru copii, buletin/carte de identitate – pentru cetățenii români sau pașaport - pentru cetățenii străini;
 - copia fișei de consultații medicale întocmită de către medicul de familie - fiecare pagină trebuie să fie numerotată, parafată și semnată în original, pentru conformitate;
 - istoric medical care să cuprindă data apariției primelor simptome ale afecțiunii și data diagnosticării inițiale ale acesteia (document emis de medicul curant);
 - documente emise de către autoritățile competente, care să ateste împrejurările producerii Accidentului;
 - copia completă a Foi de observație din Spital a Asiguratului/Co-Asiguratului;
 - biletul de ieșire din Spital în original;
 - certificat de analiză toxicologică a Asiguratului/Co-Asiguratului în cazul în care aceasta a fost impusă prin lege;
 - în cazul producerii Evenimentului asigurat, în afara teritoriului României, documentele transmise vor fi cele menționate la lit. a-c și copii traduse în limba română și legalizate ale documentelor de la lit. d-h de mai sus sau ale oricărui alte documente emise de către autorități legal competente, care să ateste împrejurările producerii Accidentului. Acestea sunt solicitate de către Asigurător pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al Indemnizației.

9.5. Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita și alte documente, în scopul determinării valabilității solicitării și a valorii Indemnizației de asigurare.

9.6. Refuzul Contractantului/Asiguratului sau Beneficiarului de a pune la dispoziția Asigurătorului documentele solicitate dă dreptul Asigurătorului de a refuza plata Indemnizației de asigurare, dacă din acest motiv nu pot fi stabilite cauza, modul de producere și urmările Evenimentului asigurat.

9.7. Evaluarea evenimentului asigurat constând în spitalizarea Asiguratului/Co-Asiguratului va fi finalizată în funcție de primirea la timp a tuturor documentelor solicitate pentru evaluarea acestuia. Indemnizația de spitalizare va fi plătită în termen de 30 (treizeci) de zile de la momentul finalizării investigațiilor.

9.8. Plata Indemnizației de asigurare se va face pe teritoriul României, în moneda convenită în Polița de asigurare și în conformitate cu legile aplicabile privind impozitele și taxele, în vigoare la data efectuării plății.

Art. 10. Protecția împotriva inflației

10.1. La fiecare aniversare a contractului de asigurare, Contractantul asigurării are dreptul de a opta pentru majorarea Sumei asigurate aferentă prezentei asigurări suplimentare și, în consecință a primei de asigurare, alegând unul din procentele de creștere stabilite de către Asigurător, fără a fi necesară evaluare medicală.

10.2. Dacă Contractantul asigurării acceptă majorarea Sumei asigurate, prima de asigurare va crește în conformitate cu principiile standard ale matematicii actuariale.

10.3. Dreptul la opțiunea de protecție împotriva inflației este valabil atât timp cât este valabil și pentru Contractul de asigurare.

Art. 11. Modificarea Sumei Asigurate

11.1. Suma Asigurată poate fi mărită (respectând limitele stabilite de Asigurător) în orice moment, cu excepția unei perioade de 45 zile înainte de aniversarea contractului. Pentru acceptarea majorării sumei asigurate este necesară o reevaluare a riscului asigurabil. În acest scop, Asigurătorul va solicita documentele și informațiile necesare evaluării. Ca urmare a reevaluării riscurilor, este posibil

ca Asigurătorul să nu accepte majorarea sumei asigurate sau să accepte noua sumă asigurată în alți termeni dacă riscurile acoperite sau condițiile de acordare a asigurării s-au modificat față de data ultimei evaluări. Prima eșalonată aferentă asigurării suplimentare va fi modificată corespunzător.

11.2. Suma asigurată poate fi redusă în orice moment începând cu al doilea an de asigurare, cu excepția unei perioade de 45 zile înainte de aniversarea contractului, cu respectarea unei limite minime stabilite de Asigurător. Prima eșalonată aferentă asigurării suplimentare va fi modificată corespunzător.

11.3. Noua Sumă Asigurată rezultată în urma modificării acesteia va fi valabilă simultan atât pentru Asigurat, cât și pentru Co-Asigurat.

11.4. Schimbările produse întră în vigoare la data următoarei scadențe de plată, cu condiția acceptării lor de către Asigurător.

Art. 12 - Încetarea Asigurării Suplimentare

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

- la data expirării duratei Asigurării Suplimentare, prevăzută în cadrul Poliței de asigurare;
- în condițiile prevăzute la Art. 5 al Condițiilor Contractuale Generale ale Contractului de asigurare;
- la data împlinirii de către Asigurat a vârstei de 65 (șaizecișicinci) de ani;
- la data decesului Asiguratului;
- la data transformării Contractul de asigurare într-un Contract liber de plata primelor;
- la data încetării Contractului de asigurare la care a fost atașată Asigurarea Suplimentară, în conformitate cu prevederile Condițiilor Specifice aferente produselor de asigurare;
- la data la care Asiguratul din Contractul de asigurare este încadrat într-o invaliditate de gradul I sau II datorată unei boli sau unui accident, o invaliditate de gradul III datorată unui accident în conformitate cu prevederile legislative în vigoare privind criteriile și normele de încadrare în grade de invaliditate sau încadrarea în grad de handicap grav, în conformitate cu prevederile legislative în vigoare privind criteriile și normele de încadrare în grade de invaliditate și handicap;
- la cererea expresă a Contractantului Asigurării sau a Asiguratului.

12.2. Asigurarea Suplimentară încetează pentru Co-Asigurați fără a mai fi necesară îndeplinirea vreunei alte formalități, somații, proceduri etc. și fără intervenția vreunei instanțe judecătorești, în următoarele situații:

- în situațiile prevăzute la art. 12.1 de mai sus;
- la data decesului Co-Asiguratului;
- la data împlinirii de către Co-Asiguratul respectiv a vârstei maxime corespunzătoare asigurării;
- în cazul în care Co-Asiguratul respectiv este încadrat într-o invaliditate de gradul I sau II datorată unei boli sau unui accident ori o invaliditate de gradul III datorată unui accident în conformitate cu prevederile legislative în vigoare privind criteriile și normele de încadrare în grade de invaliditate sau încadrarea în grad de handicap grav în conformitate cu prevederile legislative în vigoare privind criteriile și normele de încadrare în grade de invaliditate și handicap;
- la cererea expresă a Contractantului Asigurării sau a Asiguratului.

12.3. Asigurarea Suplimentară nu are Valoare de răscumpărare (parțială sau totală) sau participare la profit. Asigurătorul nu are nicio obligație de plată în cazul încetării Asigurării Suplimentare.

Art. 13. Prevederi finale

Prezentele Condiții Specifice ale Asigurării Suplimentare de Spitalizare în Caz de Îmbolnăvire și Accident sunt aplicabile de la data de 30.03.2015 și se vor aplica asigurărilor suplimentare încheiate după această dată.

Kuldeep Kaushik
Director General



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

Gabriela Lupaș Țicu
Director Arie Marketing și Operațiuni

