

## Condiții specifice - Afecțiuni grave

### Program de asigurare de grup cu acoperire extinsă

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 – Perioada de așteptare.....	pag. 2
Art. 6 – Excluderi.....	pag. 2
Art. 7 – 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. Suma asigurată aferentă prezentei componente-tip nu trebuie să depășească suma asigurată a componentei de deces. În cazul în care ambele componente de deces sunt în contract, suma asigurată se va raporta la Deces din orice cauză.
- 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 ale 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:

- a) în urma și la data încetării calității de Asigurat, în conformitate cu prevederile Art. 9 al Condițiilor Generale ale Contractului de Asigurare;
- b) în urma și la data încetării prezentei componente-tip de asigurare în conformitate cu prevederile articolului 11.1.4 ale Condițiilor Generale ale Contractului de Asigurare, la solicitarea Contractantului;
- c) în urma și la data plății Indemnizației de asigurare către Asigurat, către Beneficiarii în caz de deces sau către moștenitorii Asiguratului, după caz, intervenită la producerea decesului Asiguratului;
- d) după refuzul acordării indemnizației de asigurare în cazul unui eveniment asigurat anunțat în perioada de așteptare pentru cancer sau pentru tumori benigne intracraniene. În acest caz, Asigurătorul va rezilia unilateral prezenta componentă-tip.
- e) 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 diagnosticat cu o afecțiune gravă menționată în cuprinsul art. 7, 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 sau îmbolnăvirea ce cauzează evenimentul asigurat trebuie să se producă după data intrării în vigoare a prezentei componente-tip de asigurare. De asemenea, indemnizația este plătită în cazul în care Asiguratul este în viață la sfârșitul perioadei de supraviețuire.

**4.3.** În cazul decesului Asiguratului după diagnosticarea cu o afecțiune gravă menționată în cuprinsul art. 7, Indemnizația de asigurare aferentă va fi plătită Beneficiarilor desemnați în Certificatul Individual de asigurare sau moștenitorilor legali.

**4.4.** 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 4.6 al prezentelor Condiții Specifice ale Contractului de Asigurare, dacă din această cauză nu a putut stabili împrejurările producerii Evenimentului asigurat.

După efectuarea plății indemnizației de asigurare componenta-tip de asigurare încetează, Asiguratul nemaiputând beneficia de aceasta la reînnoirea Contractului de Asigurare.

**4.5.** Asigurătorul are dreptul să investigheze prin mijloace specifice, pe propria cheltuială și cu ajutorul unui medic desemnat de acesta, starea de sănătate a Asiguratului și toate procedurile ce au fost îndeplinite la momentul stabilirii diagnosticului. Dacă Asiguratul refuză să se supună examenului medical, Asigurătorul poate refuza plata oricărei indemnizații de asigurare.

**4.6.** 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) Copie completă după foaia de observație din spital a Asiguratului;
- c) Copia biletului de ieșire din spital;
- d) Rezultatele investigațiilor medicale care au condus la stabilirea diagnosticului respectiv;
- 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) Copii traduse în limba română după documente emise de către autorități legal competente dacă evenimentul s-a produs în afara teritoriului României;
- h) Orice alte documente emise de către autorități legal competente, care să ateste împrejurările producerii Accidentului, data apariției primelor simptome și data diagnosticării afecțiunii și care sunt solicitate de către Asigurător pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al Indemnizației.

**4.7.** 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. – Perioada de așteptare**

**5.1.** Prezenta componentă-tip are o perioadă de așteptare de 3 luni numai pentru cancer și tumori intracraniene benigne, perioadă în care evenimentul asigurat nu va fi despăgubit.

Perioada de așteptare se calculează începând de la Data începerii contractului, menționată ca atare în cadrul Poliței de asigurare.

În cazul creșterii sumei asigurate perioada de așteptare se reaplică, pentru diferența de sumă asigurată.

## **Art. 6 – Excluderi**

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

**6.2.** Asigurătorul nu acoperă riscul pentru evenimente asigurate survenite, direct sau indirect, ca urmare a următoarelor situații:

- a) tentativă de sinucidere sau acțiuni de auto-vătămare / automutilare;
- b) 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 40m, escaladă și alpinismul montan, săriturile cu coarda elastică etc.
- c) aviația, într-un alt mod decât ca pasager sau membru al echipajului pe o linie cu licență;
- d) 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) conducerea unui vehicul fără permis de conducere;
- f) HIV/SIDA: infecția cu HIV sau orice stare din cauza SIDA;
- g) afecțiuni pre-existente sau agravarea unor afecțiuni preexistente datei de intrare în vigoare a componentei-tip de asigurare, așa cum este definită în articolul 2.
- h) toate excluderile menționate în cuprinsul definițiilor afecțiunilor grave (Art. 7).

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

**6.4.** 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.

**6.5.** În cazul decesului Asiguratului în intervalul de timp aferent Perioadei de supraviețuire Asigurătorul este exonerat de plata Indemnizației de asigurare.

## Art. 7 - Definiții

Toți termenii definiți la Art. 19 al Condițiilor Contractuale Generale sunt valabili și în cazul acestor Condiții Specifice, exceptând termenii definiți mai jos:

<b>Activități zilnice curente</b>	În cadrul acestor Condiții Specifice, activitățile zilnice curente se referă la: 1. Spălatul – abilitatea de a se spăla – duș sau cadă – inclusiv capacitatea unei persoane de a intra singură sub duș sau în cadă. 2. Îmbrăcatul – capacitatea unei persoane de a pune, a scoate, a încheia hainele și accesoriile, inclusiv eventualele proteze. 3. Capacitatea unei persoane de a se muta din pat pe un scaun sau viceversa. 4. Capacitatea unei persoane de a folosi toaleta (WC) astfel încât să mențină un nivel satisfăcător de igienă personală. 5. Capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrana a fost pregătită și pusă la dispoziția sa.
<b>Beneficiar</b>	Asiguratul.
<b>Diagnostic</b>	Denumirea precisă a unei boli, pe baza datelor clinice și paraclinice. Diagnosticul poate fi stabilit numai de un medic specialist cu autorizare de liberă practică și competență recunoscută în domeniu de către instituțiile abilitate.
<b>Durata Contractului de asigurare</b>	Durata contractului de asigurare este, de 1 (un) an de la data intrării în vigoare a Contractului de asigurare sau de la ultima reînnoire a contractului de asigurare.
<b>Eveniment asigurat</b>	Diagnosticarea cu una dintre bolile grave a Asiguratului sau intervenția chirurgicală suferită de Asigurat așa cum este definită în cadrul prezentelor condiții specifice, pe perioada de valabilitate a componentei-tip.
<b>Indemnizația de asigurare</b>	Suma asigurată stabilită de către Contractant, plătită de către Asigurător în cazul producerii Evenimentului Asigurat.
<b>Intervenție chirurgicală</b>	Acțiune terapeutică efectuată asupra Asiguratului de către un medic cu pregătire de specialitate în cadrul procedurilor operative din mediul spitalicesc/clinică medicală, după administrarea unui anesteziec, cu instrumentar specific, în scopul tratării sau ameliorării unei afecțiuni.
<b>Necesitate medicală</b>	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.
<b>Perioada de supraviețuire</b>	Perioada de 14 zile calendaristice calculată de la data stabilirii diagnosticului, la sfârșitul căreia Asiguratul trebuie să fie în viață în vederea acoperirii evenimentului asigurat. În cazul transplantului de organe, al by-pass-ului coronarian și al intervenției pentru valvele cardiace, perioada de supraviețuire se va calcula de la data intervenției chirurgicale.
<b>Afecțiuni grave:</b>	<p><b>1. Cancer</b> este afecțiunea ce constă în prezența unor celule cu multiplicare necontrolată (celule maligne) ce invadează și distrug țesutul normal. Termenul cancer include leucemie, limfom și boala Hodgkin. Diagnosticul de cancer implică un tratament chirurgical, radioterapic sau/și polichimioterapic. Diagnosticul trebuie confirmat prin examenul histopatologic la parafină care să evidențieze prezența celulelor maligne de către un specialist anatomopatolog.</p> <p>Următoarele tipuri de cancer sunt excluse:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• toate tumorile cu descriere histologică de tip benign, premalign, borderline, cu potențial malign redus sau non-invazive;</li><li>• carcinoamele in-situ (TIS) sau cu stadiul Ta, conform clasificării internaționale TNM, American Joint Committee on Cancer în vigoare;</li><li>• toate formele de cancer de piele care constituie non-melanoame;</li><li>• tumorile de prostată altele decât cele clasificate histologic cu scor Gleason mai mare de 6 sau sub stadiul T2N0M0, conform clasificărilor internaționale TNM, American Joint Committee on Cancer în vigoare;</li><li>• melanoamele cu grosime mai mică sau egală cu 1,00 mm și cu stadializare T1aN0M0, conform clasificărilor internaționale în vigoare TNM, American Joint Committee on Cancer in vigoare;</li><li>• cancerul tiroidian cu mai puțin de 2 cm în diametru și cu stadializare T1N0M0, conform clasificărilor internaționale în vigoare TNM, American Joint Committee on Cancer;</li><li>• orice formă de cancer în prezența infecției cu HIV, dar fără a ne limita doar la acestea, sarcomul Kaposi sau limfoamele.</li></ul>

**2. Infarctul miocardic acut** este necroza unei porțiuni a mușchiului cardiac (miocard) ca urmare a irigării sanguine inadecvate datorită afectării circulației coronariene. Diagnosticul trebuie confirmat de medicul specialist cardiolog/internist pe baza a cel puțin următoarele 3 (trei) criterii:

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

Infarctul miocardic care se produce în timpul unei proceduri intervenționale coronariene trebuie să fie caracterizat prin creșterea valorilor troponinelor cel puțin de 3 ori față de valorile normale ale laboratorului.

Sunt excluse angina instabilă și orice altă formă de sindrom coronarian acut.

**3. Accidentul vascular cerebral major** este afecțiunea ce constă în distrugerea unei părți a substanței cerebrale ca urmare a irigării sanguine inadecvate (infarct cerebral, embolism sau tromboză într-un vas intracranian) sau datorită unei hemoragii cerebrale. Evenimentul trebuie să se soldeze cu un deficit neurologic permanent, confirmat printr-un examen neurologic de specialitate, la cel puțin 3 luni de la data producerii.

Diagnosticul trebuie stabilit de un medic specialist neurolog și să fie susținut prin rezultatul unei tomografii computerizate sau RMN cerebral sugestiv pentru AVC recent (non –sechelar).

Sunt excluse:

- Atacurile ischemice tranzitorii;
- Afectarea post-traumatică a țesutului cerebral;
- Afecțiuni ale vaselor sanguine, ale ochiului, inclusiv ale vaselor retinei și nervului optic;
- Afecțiuni ischemice ale sistemului vestibular;
- Accidentul vascular vechi, descoperit întâmplător la o examinare imagistică.

**4. Transplantul de organe majore și măduvă osoasă** este procedura ce constă în prelevarea unui organ sau țesut de la o persoană numită donator și greșirea acestuia persoanei asigurate, ca primitor. Sunt acoperite pentru primitor transplantul de ficat, rinichi, pancreas, cord-pulmon și de măduvă osoasă, la indicația medicului specialist, pentru a trata insuficiența organului respectiv, aflată în stadiu terminal ireversibil. Primitorul trebuie să fie înscris pe o listă de așteptare oficială.

Sunt excluse: transplantul de celule stem, celule pancreatice, precum și transplantul oricăror alte organe sau țesuturi decât cele expres menționate.

**5. Scleroza multiplă** este afecțiunea inflamatorie demielinizantă a sistemului nervos central al cărei diagnostic este stabilit de către medicul specialist neurolog, pe baza următoarelor criterii:

1. existența unui deficit permanent neurologic, cu deteriorări motorii și senzitive, cu persistență continuă cel puțin 6 (șase) luni și
2. susținerea diagnosticului de rezultatele investigațiilor paraclinice precum RMN cerebral, puncție lombară și alte tehnici de investigație modernă (de exemplu: potențiale evocate).

Sunt acoperite doar acele cazuri în care diagnosticul este unul de certitudine.

**6. Insuficiența renală cronică (stadiul de uremie)** reprezintă stadiul final al unei boli renale, constând în insuficiența funcțională cronică ireversibilă a rinichilor, cu indicație de dializă cronică sau de transplant renal de către un medic nefrolog, internist sau urolog.

Este exclusă insuficiența renală acută reversibilă care necesită dializă temporară.

**7. Encefalita acută** este afecțiunea ce constă în inflamația severă a substanței cerebrale (emisfere cerebrale, cerebel), de cauză virală și are drept consecință prezența unor deficite neurologice semnificative și permanente, certificate ca atare de un medic specialist neurolog.

Deficitele neurologice trebuie să fie documentate pe o perioadă de cel puțin 6 (șase) săptămâni de la debut.

Este exclusă encefalita care are ca etiologie infecția cu HIV.

**8. Plegia/paralizia** reprezintă pierderea totală a funcționalității a două sau mai multe membre (paraplegie, hemiplegie, tetraplegie) datorită unui accident sau unei boli, certificată ca ireversibilă de un medic specialist neurolog, după cel puțin 3 (trei) luni de manifestări clinice.

Sunt excluse: paralizia datorată auto-mutilării, pareze sau monoplegii, cele post-virale temporare, paralizii datorate unor cauze psihice.

**9. Tumori intracraniene benigne** sunt tumori ce pun viața în pericol, cu localizare intracraniană, cu implicarea substanței cerebrale, a căror prezență determină afectare neurologică permanentă, cu deficite motorii și senzitive pe o perioadă continuă de cel puțin 3 (trei) luni consecutive. Diagnosticul trebuie stabilit de un medic specialist neurolog sau neurochirurg și confirmat prin investigații imagistice – rezultatul unei tomografii computerizate sau RMN.

Sunt excluse: chisturile, granuloamele, malformațiile vasculare, hematoamele, abcesele, neurinoamele acustice, tumorile glandei pituitare sau ale coloanei vertebrale.

**10. Boala Alzheimer** este deteriorarea progresivă și permanentă a memoriei și a capacității intelectuale evidențiată prin teste standardizate și investigații imagistice (RMN cerebral), diagnosticată de un medic specialist neurolog sau psihiatru. Deficiența capacității intelectuale trebuie să fie semnificativă, astfel încât persoana asigurată să necesite supraveghere permanentă. De asemenea, persoana asigurată trebuie să fie în imposibilitatea de a executa cel puțin 3 (trei) activități dintre cele 5 (cinci) activități zilnice curente, așa cum sunt definite ele în prezentele condiții contractuale, pe o perioadă continuă de cel puțin 6 (șase) luni.

Sunt excluse: demența ca urmare a consumului de alcool sau droguri sau ca urmare a diagnosticării cu SIDA sau alte forme de demență.

**11. Boala Parkinson** reprezintă diagnosticarea cu certitudine a afecțiunii Parkinson idiopatică de către un medic neurolog. Trebuie îndeplinite următoarele criterii simultan:

- 1) afecțiunea să nu poată fi controlată prin medicație;
- 2) persoana asigurată să prezinte deficiențe neurologice vizibile cu evoluție progresivă;
- 3) persoana asigurată să nu fie capabilă să efectueze, cu ajutor sau fără, cel puțin 3 (trei) din cele 5 (cinci) activități zilnice curente, așa cum sunt definite ele în prezentele condiții contractuale, pe o perioadă continuă de cel puțin 6 (șase) luni.

Sunt excluse: Boala Parkinson de cauză toxică sau indusă de consumul de droguri.

**12. Intervenția chirurgicală pentru by-pass coronarian** reprezintă intervenția pe cord deschis ce presupune secționarea sternului, ce are ca scop corectarea afectării circulației coronariene prin inserarea unui by-pass vascular. Intervenția trebuie să se efectueze pe baza unui diagnostic de certitudine al afectării coronariene, susținut de rezultatul unei coronarografii preoperatorii și pe baza unei recomandări exprese din partea medicului specialist cardiolog.

Sunt excluse: procedurile de revascularizare percutane (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).

**13. Intervenții chirurgicale ale valvelor cardiace** reprezintă intervenția chirurgicală pe cord deschis ce presupune secționarea sternului pentru corectarea sau înlocuirea unei valve cardiace. Intervenția chirurgicală trebuie să fie recomandată de un medic specialist cardiolog și diagnosticul trebuie susținut de investigații medicale specifice.

**14. Traumatism cranian major** reprezintă totalitatea manifestărilor clinice (de boală) ce apar în urma unui traumatism ce implică cutia craniană (capul), confirmate de un medic specialist neurolog sau neurochirurg și susținute de investigații paraclinice precum RMN sau tomografie computerizată. Traumatismul trebuie să constituie un eveniment imprevizibil, survenit independent de voința Asiguratului, produs de acțiunea bruscă a unor factori externi fizici. În urma producerii traumatismului Asiguratul trebuie să prezinte deficite neurologice permanente evaluate timp de cel puțin 6 (șase)săptămâni, manifestate prin imposibilitatea să efectueze, cu ajutor sau fără, cel puțin 3 (trei) din cele 5 (cinci) activități zilnice curente, așa cum sunt definite ele în prezentele condiții contractuale.

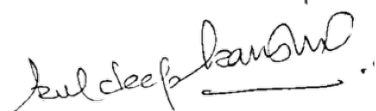
Sunt excluse traumatismele coloanei vertebrale, precum și disfuncționalitățile creierului care au orice altă cauză în afară de accident.

**15. Pierderea totală a vederii** reprezintă pierderea totală permanentă și ireversibilă a acuității vizuale a ambilor ochi ca urmare a unei îmbolnăviri sau a unui accident (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.

**16. Pierderea a două sau mai multe membre** reprezintă pierderea permanentă de la sau deasupra încheieturii mâinii sau a gleznei cauzată de o îmbolnăvire sau de un accident.

Prezentele Condiții Specifice sunt aplicabile de la data de 29.08.2022 și se vor aplica Contractelor 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



## Condiții specifice - Afecțiuni grave

### Program de asigurare de grup cu acoperire extinsă

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 – Perioada de așteptare.....	pag. 2
Art. 6 – Excluderi.....	pag. 2
Art.7 – 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. Suma asigurată aferentă prezentei componente-tip nu trebuie să depășească suma asigurată a componentei de deces. În cazul în care ambele componente de deces sunt în contract, suma asigurată se va raporta la Deces din orice cauză.
- 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 ale 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:

- a) în urma și la data încetării calității de Asigurat, în conformitate cu prevederile Art. 9 al Condițiilor Generale ale Contractului de Asigurare;
- b) în urma și la data încetării prezentei componente-tip de asigurare în conformitate cu prevederile articolului 11.1.4 ale Condițiilor Generale ale Contractului de Asigurare, la solicitarea Contractantului;
- c) în urma și la data plății Indemnizației de asigurare către Asigurat, către Beneficiarii în caz de deces sau către moștenitorii Asiguratului, după caz, intervenită la producerea decesului Asiguratului;
- d) după refuzul acordării indemnizației de asigurare în cazul unui eveniment asigurat anunțat în perioada de așteptare pentru cancer sau pentru tumori benigne intracraniene. În acest caz, Asigurătorul va rezilia unilateral prezenta componentă-tip.
- e) 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 diagnosticat cu o afecțiune gravă menționată în cuprinsul art. 7, 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 sau îmbolnăvirea ce cauzează evenimentul asigurat trebuie să se producă după data intrării în vigoare a prezentei componente-tip de asigurare. De asemenea, indemnizația este plătită în cazul în care Asiguratul este în viață la sfârșitul perioadei de supraviețuire.

**4.3.** În cazul decesului Asiguratului după diagnosticarea cu o afecțiune gravă menționată în cuprinsul art. 7, Indemnizația de asigurare aferentă va fi plătită Beneficiarilor desemnați în Certificatul Individual de asigurare sau moștenitorilor legali.

**4.4.** 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 4.6 al prezentelor Condiții Specifice ale Contractului de Asigurare, dacă din această cauză nu a putut stabili împrejurările producerii Evenimentului asigurat.

După efectuarea plății indemnizației de asigurare componenta-tip de asigurare încetează, Asiguratul nemaiputând beneficia de aceasta la reînnoirea Contractului de Asigurare.

**4.5.** Asigurătorul are dreptul să investigheze prin mijloace specifice, pe propria cheltuială și cu ajutorul unui medic desemnat de acesta, starea de sănătate a Asiguratului și toate procedurile ce au fost îndeplinite la momentul stabilirii diagnosticului. Dacă Asiguratul refuză să se supună examenului medical, Asigurătorul poate refuza plata oricărei indemnizații de asigurare.

**4.6.** 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) Copie completă după foaia de observație din spital a Asiguratului;
- c) Copia biletului de ieșire din spital;
- d) Rezultatele investigațiilor medicale care au condus la stabilirea diagnosticului respectiv;
- 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) Copii traduse în limba română după documente emise de către autorități legal competente dacă evenimentul s-a produs în afara teritoriului României;
- h) Orice alte documente emise de către autorități legal competente, care să ateste împrejurările producerii Accidentului, data apariției primelor simptome și data diagnosticării afecțiunii și care sunt solicitate de către Asigurător pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al Indemnizației.

**4.7.** 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. – Perioada de așteptare**

**5.1.** Prezenta componentă-tip are o perioadă de așteptare de 3 luni numai pentru cancer și tumori intracraniene benigne, perioadă în care evenimentul asigurat nu va fi despăgubit.

Perioada de așteptare se calculează începând de la Data începerii contractului, menționată ca atare în cadrul Poliței de asigurare.

În cazul creșterii sumei asigurate perioada de așteptare se reaplică, pentru diferența de sumă asigurată.

## **Art. 6 – Excluderi**

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

**6.2.** Asigurătorul nu acoperă riscul pentru evenimente asigurate survenite, direct sau indirect, ca urmare a următoarelor situații:

- a) tentativă de sinucidere sau acțiuni de auto-vătămare / automutilare;
- b) 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 40m, escaladă și alpinismul montan, săriturile cu coarda elastică etc.
- c) aviația, într-un alt mod decât ca pasager sau membru al echipajului pe o linie cu licență;
- d) 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) conducerea unui vehicul fără permis de conducere;
- f) HIV/SIDA: infecția cu HIV sau orice stare din cauza SIDA;
- g) afecțiuni pre-existente sau agravarea unor afecțiuni preexistente datei de intrare în vigoare a componentei-tip de asigurare, așa cum este definită în articolul 2.
- h) toate excluderile menționate în cuprinsul definițiilor afecțiunilor grave (Art. 7).

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

**6.4.** 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.

**6.5.** În cazul decesului Asiguratului în intervalul de timp aferent Perioadei de supraviețuire Asigurătorul este exonerat de plata Indemnizației de asigurare.

## **Art. 7 - Definiții**

Toți termenii definiți la Art. 19 al Condițiilor Contractuale Generale sunt valabili și în cazul acestor Condiții Specifice, exceptând termenii definiți mai jos:

<b>Activități zilnice curente</b>	În cadrul acestor Condiții Specifice, activitățile zilnice curente se referă la: 1. Spălatul – abilitatea de a se spăla – duș sau cadă – inclusiv capacitatea unei persoane de a intra singură sub duș sau în cadă. 2. Îmbrăcatul – capacitatea unei persoane de a pune, a scoate, a încheia hainele și accesoriile, inclusiv eventualele proteze. 3. Capacitatea unei persoane de a se muta din pat pe un scaun sau viceversa. 4. Capacitatea unei persoane de a folosi toaleta (WC) astfel încât să mențină un nivel satisfăcător de igienă personală. 5. Capacitatea unei persoane de a se hrăni odată ce hrana a fost pregătită și pusă la dispoziția sa.
<b>Beneficiar</b>	Asiguratul.
<b>Diagnostic</b>	Denumirea precisă a unei boli, pe baza datelor clinice și paraclinice. Diagnosticul poate fi stabilit numai de un medic specialist cu autorizare de liberă practică și competență recunoscută în domeniul de către instituțiile abilitate.
<b>Durata Contractului de asigurare</b>	Durata contractului de asigurare este, de 1 (un) an de la data intrării în vigoare a Contractului de asigurare sau de la ultima reînnoire a contractului de asigurare.
<b>Eveniment asigurat</b>	Diagnosticarea cu una dintre bolile grave a Asiguratului sau intervenția chirurgicală suferită de Asigurat așa cum este definită în cadrul prezentelor condiții specifice, pe perioada de valabilitate a componentei-tip.
<b>Indemnizația de asigurare</b>	Suma asigurată stabilită de către Contractant, plătită de către Asigurător în cazul producerii Evenimentului Asigurat.
<b>Intervenție chirurgicală</b>	Acțiune terapeutică efectuată asupra Asiguratului de către un medic cu pregătire de specialitate în cadrul procedurilor operative din mediul spitalicesc/clinică medicală, după administrarea unui anesteziec, cu instrumentar specific, în scopul tratării sau ameliorării unei afecțiuni.
<b>Necesitate medicală</b>	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.
<b>Perioada de supraviețuire</b>	Perioada de 14 zile calendaristice calculată de la data stabilirii diagnosticului, la sfârșitul căreia Asiguratul trebuie să fie în viață în vederea acoperirii evenimentului asigurat. În cazul transplantului de organe, al by-pass-ului coronarian și al intervenției pentru valvele cardiace, perioada de supraviețuire se va calcula de la data intervenției chirurgicale.

**Afecțiuni grave:**

- Cancer** este afecțiunea ce constă în prezența unor celule cu multiplicare necontrolată (celule maligne) ce invadează și distrug țesutul normal. Termenul cancer include leucemie, limfom și boala Hodgkin. Diagnosticul de cancer implică un tratament chirurgical, radioterapic sau/și polichimioterapic. Diagnosticul trebuie confirmat prin examenul histopatologic la parafină care să evidențieze prezența celulelor maligne de către un specialist anatomopatolog.

Următoarele tipuri de cancer sunt excluse:

- toate tumorile cu descriere histologică de tip benign, premalign, borderline, cu potențial malign redus sau non-invazive;
- carcinoamele in-situ (TIS) sau cu stadiul Ta, conform clasificării internaționale TNM, American Joint Committee on Cancer în vigoare;
- toate formele de cancer de piele care constituie non-melanoame;
- tumorile de prostată altele decât cele clasificate histologic cu scor Gleason mai mare de 6 sau sub stadiul T2N0M0, conform clasificărilor internaționale TNM, American Joint Committee on Cancer în vigoare;
- melanoamele cu grosime mai mică sau egală cu 1,00 mm și cu stadializare T1aN0M0, conform clasificărilor internaționale în vigoare TNM, American Joint Committee on Cancer in vigoare;
- cancerul tiroidian cu mai puțin de 2 cm în diametru și cu stadializare T1N0M0, conform clasificărilor internaționale în vigoare TNM, American Joint Committee on Cancer;
- orice formă de cancer în prezența infecției cu HIV, dar fără a ne limita doar la acestea, sarcomul Kaposi sau limfoamele.



**2. Infarctul miocardic acut** este necroza unei porțiuni a mușchiului cardiac (miocard) ca urmare a irigării sanguine inadecvate datorită afectării circulației coronariene. Diagnosticul trebuie confirmat de medicul specialist cardiolog/internist pe baza a cel puțin următoarele 3 (trei) criterii:

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

Infarctul miocardic care se produce în timpul unei proceduri intervenționale coronariene trebuie să fie caracterizat prin creșterea valorilor troponinelor cel puțin de 3 ori față de valorile normale ale laboratorului.

Sunt excluse angina instabilă și orice altă formă de sindrom coronarian acut.

**3. Accidentul vascular cerebral major** este afecțiunea ce constă în distrugerea unei părți a substanței cerebrale ca urmare a irigării sanguine inadecvate (infarct cerebral, embolism sau tromboză într-un vas intracranian) sau datorită unei hemoragii cerebrale. Evenimentul trebuie să se soldeze cu un deficit neurologic permanent, confirmat printr-un examen neurologic de specialitate, la cel puțin 3 luni de la data producerii.

Diagnosticul trebuie stabilit de un medic specialist neurolog și să fie susținut prin rezultatul unei tomografii computerizate sau RMN cerebral sugestiv pentru AVC recent (non –sechelar).

Sunt excluse:

- Atacurile ischemice tranzitorii;
- Afectarea post-traumatică a țesutului cerebral;
- Afecțiuni ale vaselor sanguine, ale ochiului, inclusiv ale vaselor retinei și nervului optic;
- Afecțiuni ischemice ale sistemului vestibular;
- Accidentul vascular vechi, descoperit întâmplător la o examinare imagistică.

**4. Transplantul de organe majore și măduvă osoasă** este procedura ce constă în prelevarea unui organ sau țesut de la o persoană numită donator și grefarea acestuia persoanei asigurate, ca primitor. Sunt acoperite pentru primitor transplantul de ficat, rinichi, pancreas, cord-pulmon și de măduvă osoasă, la indicația medicului specialist, pentru a trata insuficiența organului respectiv, aflată în stadiu terminal ireversibil. Primitorul trebuie să fie înscris pe o listă de așteptare oficială.

Sunt excluse: transplantul de celule stem, celule pancreatice, precum și transplantul oricăror alte organe sau țesuturi decât cele expres menționate.

**5. Scleroza multiplă** este afecțiunea inflamatorie demielinizantă a sistemului nervos central al cărei diagnostic este stabilit de către medicul specialist neurolog, pe baza următoarelor criterii:

1. existența unui deficit permanent neurologic, cu deteriorări motorii și senzitive, cu persistență continuă cel puțin 6 (șase) luni și
2. susținerea diagnosticului de rezultatele investigațiilor paraclinice precum RMN cerebral, puncție lombară și alte tehnici de investigație modernă (de exemplu: potențiale evocate).

Sunt acoperite doar acele cazuri în care diagnosticul este unul de certitudine.

**6. Insuficiența renală cronică (stadiul de uremie)** reprezintă stadiul final al unei boli renale, constând în insuficiența funcțională cronică ireversibilă a rinichilor, cu indicație de dializă cronică sau de transplant renal de către un medic nefrolog, internist sau urolog.

Este exclusă insuficiența renală acută reversibilă care necesită dializă temporară.

**7. Encefalita acută** este afecțiunea ce constă în inflamația severă a substanței cerebrale (emisfere cerebrale, cerebel), de cauză virală și are drept consecință prezența unor deficite neurologice semnificative și permanente, certificate ca atare de un medic specialist neurolog.

Deficitele neurologice trebuie să fie documentate pe o perioadă de cel puțin 6 (șase) săptămâni de la debut.

Este exclusă encefalita care are ca etiologie infecția cu HIV.

**8. Plegia/paralizia** reprezintă pierderea totală a funcționalității a două sau mai multe membre (paraplegie, hemiplegie, tetraplegie) datorită unui accident sau unei boli, certificată ca ireversibilă de un medic specialist neurolog, după cel puțin 3 (trei) luni de manifestări clinice.

Sunt excluse: paralizia datorată auto-mutilării, pareze sau monoplegii, cele post-virale temporare, paralizii datorate unor cauze psihice.

**9. Tumori intracraniene benigne** sunt tumori ce pun viața în pericol, cu localizare intracraniană, cu implicarea substanței cerebrale, a căror prezență determină afectare neurologică permanentă, cu deficite motorii și senzitive pe o perioadă continuă de cel puțin 3 (trei) luni consecutive. Diagnosticul trebuie stabilit de un medic specialist neurolog sau neurochirurg și confirmat prin investigații imagistice – rezultatul unei tomografii computerizate sau RMN.

Sunt excluse: chisturile, granuloamele, malformațiile vasculare, hematoamele, abcesele, neurinoamele acustice, tumorile glandei pituitare sau ale coloanei vertebrale.

**10. Boala Alzheimer** este deteriorarea progresivă și permanentă a memoriei și a capacității intelectuale evidențiată prin teste standardizate și investigații imagistice (RMN cerebral), diagnosticată de un medic specialist neurolog sau psihiatru. Deficiența capacității intelectuale trebuie să fie semnificativă, astfel încât persoana asigurată să necesite supraveghere permanentă. De asemenea, persoana asigurată trebuie să fie în imposibilitatea de a executa cel puțin 3 (trei) activități dintre cele 5 (cinci) activități zilnice curente, așa cum sunt definite ele în prezentele condiții contractuale, pe o perioadă continuă de cel puțin 6 (șase) luni.

Sunt excluse: demența ca urmare a consumului de alcool sau droguri sau ca urmare a diagnosticării cu SIDA sau alte forme de demență.

**11. Boala Parkinson** reprezintă diagnosticarea cu certitudine a afecțiunii Parkinson idiopatică de către un medic neurolog. Trebuie îndeplinite următoarele criterii simultan:

- 1) afecțiunea să nu poată fi controlată prin medicație;
- 2) persoana asigurată să prezinte deficiențe neurologice vizibile cu evoluție progresivă;
- 3) persoana asigurată să nu fie capabilă să efectueze, cu ajutor sau fără, cel puțin 3 (trei) din cele 5 (cinci) activități zilnice curente, așa cum sunt definite ele în prezentele condiții contractuale, pe o perioadă continuă de cel puțin 6 (șase) luni.

Sunt excluse: Boala Parkinson de cauză toxică sau indusă de consumul de droguri.

**12. Intervenția chirurgicală pentru by-pass coronarian** reprezintă intervenția pe cord deschis ce presupune secționarea sternului, ce are ca scop corectarea afectării circulației coronariene prin inserarea unui by-pass vascular. Intervenția trebuie să se efectueze pe baza unui diagnostic de certitudine al afectării coronariene, susținut de rezultatul unei coronarografii preoperatorii și pe baza unei recomandări exprese din partea medicului specialist cardiolog.

Sunt excluse: procedurile de revascularizare percutane (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).

**13. Intervenții chirurgicale ale valvelor cardiace** reprezintă intervenția chirurgicală pe cord deschis ce presupune secționarea sternului pentru corectarea sau înlocuirea unei valve cardiace. Intervenția chirurgicală trebuie să fie recomandată de un medic specialist cardiolog și diagnosticul trebuie susținut de investigații medicale specifice.

**14. Traumatism cranian major** reprezintă totalitatea manifestărilor clinice (de boală) ce apar în urma unui traumatism ce implică cutia craniană (capul), confirmate de un medic specialist neurolog sau neurochirurg și susținute de investigații paraclinice precum RMN sau tomografie computerizată. Traumatismul trebuie să constituie un eveniment imprevizibil, survenit independent de voința Asiguratului, produs de acțiunea bruscă a unor factori externi fizici. În urma producerii traumatismului Asiguratul trebuie să prezinte deficite neurologice permanente evaluate timp de cel puțin 6 (șase)săptămâni, manifestate prin imposibilitatea să efectueze, cu ajutor sau fără, cel puțin 3 (trei) din cele 5 (cinci) activități zilnice curente, așa cum sunt definite ele în prezentele condiții contractuale.

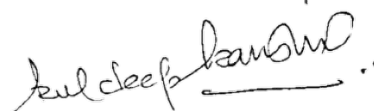
Sunt excluse traumatismele coloanei vertebrale, precum și disfuncționalitățile creierului care au orice altă cauză în afară de accident.

**15. Pierdere totală a vederii** reprezintă pierderea totală permanentă și ireversibilă a acuității vizuale a ambilor ochi ca urmare a unei îmbolnăviri sau a unui accident (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.

**16. Pierdere a două sau mai multe membre** reprezintă pierderea permanentă de la sau deasupra încheieturii mâinii sau a gleznei cauzată de o îmbolnăvire sau de un accident.

Prezentele Condiții Specifice sunt aplicabile de la data de 29.08.2022 și se vor aplica Contractelor 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

