

Condiții contractuale specifice de asigurare
Acoperire pentru Afecțiuni Grave
(componentă a Asigurării Voluntare de Sănătate de Grup)

Exemplarul clientului

Am primit condițiile contractuale:

Nume _____

Semnătura _____

Data primirii _____

Cuprins

Art.1. Ce reprezintă acoperirea pentru afecțiuni grave.....	2
Art.2. Ce acoperă asigurarea.....	3
Art.3. Ce este beneficiul suplimentar „A doua opinie medicală”	6
Art.4. Ce nu acoperă asigurarea.....	7
Art.5. Când se poate adăuga acoperirea pentru afecțiuni grave.....	7
Art.6. Când intră în vigoare asigurarea	7
Art.7. Care este perioada de așteptare.....	7
Art.8. Când încetează asigurarea	8
Art.9. Când și cum se face plata indemnizației de asigurare	8
Art.10. Alte aspecte importante	9

Art.1. Ce reprezintă acoperirea pentru afecțiuni grave

Acoperirea pentru afecțiuni grave este o asigurare suplimentară pe care companiile o pot adăuga Asigurării Voluntare de Sănătate de Grup pentru a oferi angajaților **sprijin financiar atunci când se confruntă cu o boală gravă**.

Într-un Contract de Asigurare Voluntară de Sănătate de Grup, această acoperire trebuie să fie însoțită **în mod obligatoriu de componenta de asigurare „Acoperire pentru Spitalizare și intervenții chirurgicale din accident și îmbolnăvire”**.

Această componentă de asigurare **acoperă Evenimentul asigurat ce consta diagnosticarea pentru prima dată a angajatului asigurat cu una dintre bolile grave sau efectuarea unor intervenții chirurgicale**, așa cum sunt definite în acest document, și include și **beneficiul suplimentar „A doua opinie medicală”**.

Evenimentul asigurat este acoperit dacă se efectuează **în perioada de valabilitate a prezentei componente de asigurare**.

Condițiile specifice acoperirii pentru afecțiuni grave conține termeni specifici așa cum sunt definiți în Art. 17 din condițiile generale ale Asigurării Voluntare de Sănătate de Grup, cu excepția celor de mai jos:

Indemnizația de asigurare	Suma de bani pe care o primește Asiguratul de la Asigurator atunci când se întâmplă un eveniment asigurat. Suma asigurată este stabilită de către Contractant când este adăugată acoperirea pentru afecțiuni grave la contractul de Asigurare Voluntară de Sănătate de Grup.
Activități zilnice curente	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.
Diagnostic	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.
Intervenție chirurgicală	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.
Perioada de supraviețuire	Perioada de 14 zile calendaristice de la data stabilirii diagnosticului la finalul căreia Asiguratul trebuie să fie în viață pentru acoperirea evenimentului asigurat. În cazul transplantului de organe, al by-pass-ului coronarian și al intervenției pentru valvele cardiace, perioada de supraviețuire se calculează de la data intervenției chirurgicale.
Intermedicas	Intermedicas Worldwide SRL, cu sediul în Bd. Mareșal Alexandru Averescu nr. 15B-15C, etaj 5, sector 1, București, înregistrat la Registrul Comerțului sub nr. J40/4332/2014, CUI 27415930 oferă asiguraților incluși în Asigurarea de Afecțiuni Grave servicii de „A doua opinie medicală”.

Art.2. Ce acoperă asigurarea

Asigurarea suplimentară pentru afecțiuni grave acoperă:

- **diagnosticarea cu o afecțiune gravă:** cancer, infarct miocardic acut, accident vascular cerebral major, transplant de organe majore și măduvă osoasă, scleroză multiplă, insuficiență renală cronică (stadiul de uremie), encefalita acută, plegie/ paralizie, tumori intracraniene benigne, boala Alzheimer, boala Parkinson, traumatism cranian major, pierdere totală a vederii, pierdere a două sau mai multe membre;
- **intervenții chirurgicale:** intervenția chirurgicală pentru by-pass coronarian, intervenții chirurgicale ale valvelor cardiace.

Afecțiunile grave enumerate sunt acoperite așa cum sunt definite în tabelul următor:

1. **Cancerul** este o afecțiune 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 evedențieze prezența celulelor maligne de către un specialist anatomopatolog.

Sunt excluse următoarele tipuri de cancer:

- 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 următoarelor 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 irigației 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 excluse orice cazuri în care diagnosticul nu 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) ca urmare 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, orice alte forme de demență.

11. Boala Parkinson reprezintă diagnosticarea cu certitudine a afecțiunii Parkinson idiopatică de către un medic neurolog.

Pentru acoperire, trebuie îndeplinite simultan următoarele criterii:

- 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 în acest document, 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. Intervențiile 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. Traumatismul 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 în acest document.

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

15. Pierdere totală a vederii reprezintă pierdere 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 pierdere permanentă de la sau deasupra încheieturii mâinii sau a gleznei cauzată de o îmbolnăvire sau de un accident.

Art.3. Ce este beneficiul suplimentar „A doua opinie medicală”

Beneficiul suplimentar „A doua opinie medicală” inclus în **Acoperirea pentru afecțiuni grave** oferă persoanelor asigurate, prin intermediul Enayati Medical City (Intermedicas Worldwide SRL), acces la:

- a. **management de caz în România:** consultație medicală în vederea gestionării medicale a cazului.
- b. **a doua opinie medicală (atât în România, cât și în străinătate):** un consult medical la un medic specialist, transpus într-un raport care conține diagnosticul afecțiunii, metode de tratament medicamentos, chirurgical sau de altă natură, medicația și regimul de viață recomandat, unitățile medicale și personalul medical recomandat în efectuarea tratamentelor respective.
- c. **evaluarea cazului într-o comisie multidisciplinară** de indicație terapeutică (Tumor Board) în România: echipă medicală care se întrunește pentru discutarea cazurilor dintr-o perspectivă de ansamblu, având drept scop găsirea celei mai bune soluții asupra diagnosticului și tratamentului

Beneficiul „A doua opinie medicală” poate fi folosit:

1. **pentru afecțiuni** precum:
 - **Cancerul**

Diagnosticul trebuie să fie susținut prin examen histopatologic și trebuie confirmat de către un medic specialist oncolog sau hematolog.

Excluderi: Tumorile sau afecțiunile de tip benign, premaligne, cu caracter incert (borderline), cu potențial invaziv redus sau non-invazive, toate hiperkeratozele sau leziunile pre-maligne ale pielii, tumorile cerebrale sau spinale de natură canceroasă, tumori metastazate.

- **Afecțiuni din sfera cardiovasculară** (cord, artere, vene) din următoarele categorii:
 - boli cardiovasculare pentru al căror tratament se recomandă:
 - proceduri de cardiologie intervențională;
 - proceduri de chirurgie cardiacă;
 - proceduri de chirurgie vasculară;
 - boli cardiovasculare, forme moderate și severe*, care necesită tratament conservator. (*) Gravitatea bolii este cuantificată conform ghidurilor internaționale de către Managerul de caz.Excluderi: cazuri terminale, cazuri de urgențe medicale, starea de comă.
- **Afecțiuni din sfera cardiologică** rezultate inclusiv în urma infecției cu Covid-19.
Excluderi: cazuri terminale, cazuri de urgențe medicale, starea de comă.
- **Afecțiuni din sfera neurologică**, cum ar fi:
 - accidente vasculare cerebrale (în perioadă subacută și sechele), neuropatii, boli degenerative, encefalite, epilepsii, scleroza multiplă etc.
 - afecțiuni din sfera neurologică rezultate inclusiv în urma infecției cu Covid-19.Excluderi: cazuri de urgențe medicale, starea de comă.

2. **pentru imagistică:** un raport medical privind a doua opinie medicală al unui medic străin/român, (RMN, CT,) redactat pe baza filmului imagistic pus la dispoziție de către Asigurat (respectiv Contractantul)
3. **pentru anatomopatologie:** un buletin medical de laborator privind a doua opinie medicală, emis de un medic străin/român. Buletinul medical va fi eliberat strict pe baza probelor biologice (biopsii) puse la dispoziție de pacient.

Serviciul „**A doua opinie medicală**” poate fi accesat:

- data/an pentru aceeași afecțiune/diagnostic.
- de 2 ori/an pentru afecțiuni/ diagnostice diferite

Pentru a beneficia de serviciul „**A doua opinie medicală**”, Asiguratul contactează Call Center NN la numărul de **telefon 021 9464** în intervalul orar 09:00-17:30 Luni – Vineri sau la adresa de email asigurari@nn.ro

Asiguratorul va transmite către Enayati Medical City, în vederea contactării și furnizării de informații detaliate, următoarele date ale Asiguratului: numele, prenumele și numărul de telefon, urmând ca persoana asigurată să fie contactată de Enayati Medical City în maxim 1 zi lucrătoare.

Art.4. Ce nu acoperă asigurarea

Asigurarea pentru afecțiuni grave nu acoperă:

- excluderile prevăzute în Art.13 al condițiilor generale ale contractului de asigurare
- riscul pentru evenimente asigurate care apar, direct sau indirect, din:
 - a. tentative de suicid sau a unei acțiuni de auto-vătămare/ automutilare;
 - b. participarea 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. aviație, într-un alt mod decât ca pasager sau membru al echipajului pe o linie cu licență;
 - d. orice acțiune a Asiguratului sub influența alcoolului, drogurilor, substanțelor toxice sau narcotice, consumului de substanțe farmaceutice în conflict cu cele prescrise sau fără prescripție medicală pe numele Asiguratului;
 - e. conducerea unui vehicul fără permis de conducere;
 - f. HIV/SIDA: infecția cu HIV sau orice stare din cauza SIDA;
 - g. diagnosticarea cu o afecțiune gravă sau intervenția chirurgicală, cu una dintre afecțiunile listate în Art.2, înainte de intrarea în vigoare a asigurării suplimentare pentru afecțiuni grave
 - h. toate excluderile menționate în cuprinsul definițiilor afecțiunilor grave din acest document.

Art.5.Când se poate adăuga acoperirea pentru afecțiuni grave

Acoperirea pentru afecțiuni grave este disponibilă pentru companiile care oferă angajaților Asigurare Voluntară de Sănătate de Grup, însoțită în mod obligatoriu de Acoperirea pentru spitalizare și intervenții chirurgicale din accident și îmbolnăvire.

Acoperirea poate fi acordată de companii angajaților eligibili și partenerilor acestora care sunt incluși în Grupul Asigurabil **începând cu vârsta de 16 ani și până la cel mult 64 de ani împliniți** la momentul încheierii Contractului.

Acoperirea pentru afecțiuni grave poate fi adăugată la contractul de Asigurare Voluntară de Sănătate de Grup:

- la data semnării cererii pentru Asigurarea Voluntară de Sănătate de Grup;
- la data reînnoirii contractului de Asigurare Voluntară de Sănătate de Grup.

Art.6. Când intră în vigoare asigurarea

Acoperirea pentru afecțiuni grave intră în vigoare:

- **la data semnării cererii de asigurare**, dacă Contractantul asigurării a optat să adauge această componentă simultan cu intrarea în vigoare a contractului de Asigurare Voluntară de Sănătate de Grup;
- **la reînnoirea contractului de asigurare**, dacă Contractantul asigurării a ales să adauge această componentă ulterior intrării în vigoare a contractului de Asigurare Voluntară de Sănătate de Grup.

Art.7. Care este perioada de așteptare

Pentru Acoperirea pentru afecțiuni grave, în cazul **diagnosticului de cancer sau de tumori intracraniene benigne**, exista o perioadă de așteptare de **3 luni**, perioada în care evenimentul asigurat ce consta în diagnosticarea cu aceste afecțiuni nu va fi despăgubit.

Perioada de așteptare se calculează începând de la Data începerii Contractului, așa cum este menționată în Polița de asigurare/Certificatul de asigurare individual.

Dacă suma asigurată este mărită de Contractant, perioada de așteptare se reaplică pentru diferența de sumă asigurată.

Perioada de așteptare se aplică pentru:

- grupurile asigurabile cu mai puțin de 250 de angajați eligibili;
- grupurile asigurabile cu mai mult de 250 de angajați eligibili pentru care **nu există continuitate în acoperirea riscului**.

Perioada de așteptare nu se aplică pentru contractele de asigurare pentru grupuri asigurabile cu mai mult de 250 de angajați eligibili pentru care există continuitate în acoperirea riscului.

Continuitatea în asigurare este luată în considerare dacă la momentul emiterii Contractului de asigurare sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:

- perioada valabilității poliței deținută anterior la un alt Asigurător este de **minim 6 (șase) luni**
- nu au trecut **mai mult de 60 (șaizeci) zile calendaristice** de la data expirării poliței deținute anterior
- **există o dovadă** (ex: adeverința din care să rezulte perioada asigurată, polița de asigurare, raportul de daune etc.) primită de Contractant în acest sens de la alt Asigurător și pusă la dispoziția NN Asigurării de Viață.

Art.8. Când încetează asigurarea

Acoperirea pentru afecțiuni grave **încetează pentru Contractant** atunci când încetează Contractul de asigurare, conform Art. 8 din condițiile generale ale Asigurării Voluntare de Sănătate de Grup.

Acoperirea pentru afecțiuni grave **încetează pentru Asigurat**:

1. în urma și la data încetării calității de Asigurat, conform Art. 9 al condițiilor generale ale Asigurării Voluntare de Sănătate de Grup;
2. în urma și la data încetării Acoperirii suplimentare pentru spitalizare și intervenții chirurgicale din accident și îmbolnăvire la care este atașată Acoperirea pentru afecțiuni grave;
3. în urma și la data încetării acoperirii pentru afecțiuni grave conform Art. 11.1.4. al condițiilor generale ale contractului de asigurare;
4. ca urmare a refuzului 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 acoperirea pentru afecțiuni grave;
5. la data plății indemnizației de asigurare;
6. la reînnoirea contractului pentru persoanele asigurate care au împlinit vârsta de 65 de ani în timpul anului de asigurare anterior.

Art.9. Când și cum se face plata indemnizației de asigurare

Dacă persoana asigurată este **diagnosticată cu o boală gravă** acoperită prin asigurarea suplimentară pentru afecțiuni grave, Asigurătorul va plăti în contul bancar al persoanei asigurate indemnizația de asigurare, conform condițiilor specifice aferente acestei acoperiri.

Plata indemnizației de asigurare se face pentru evenimente asigurate care se întâmplă după ce intră în vigoare Acoperirea pentru afecțiuni grave sau după ce expiră perioada de așteptare. Persoana asigurată primește indemnizația de asigurare dacă este în viață la sfârșitul perioadei de supraviețuire, așa cum este definită în acest document.

Evenimentul asigurat se anunță **în maximum 10 zile lucrătoare** de la data diagnosticării cu o afecțiune gravă / de la data externării astfel: online prin aplicația NN Direct, prin e-mail sau poștă completând formularul pus la dispoziție de către Asigurător pe site-ul www.nn.ro. Formularul trebuie semnat de persoana asigurată și trebuie să conțină documente care atestă producerea evenimentului.

Pentru plata indemnizației de asigurare sunt necesare:

- copia actului de identitate al Asiguratului, semnată de Asigurat;
- copia biletului de ieșire din spital;
- Copia extrasului de cont
- rezultatele investigațiilor medicale care au dus la stabilirea diagnosticului cu o afecțiune gravă;
- copia completă a fișei de consultații medicale întocmită de către medicul de familie;

- documente medicale referitoare la istoricul medical care să cuprindă data apariției primelor simptome ale afecțiunii și data diagnosticării acesteia;
- copii traduse în limba română ale documentelor emise de către autorități competente dacă evenimentul s-a produs în afara teritoriului României;
- orice alte documente emise de către autorități competente, care atestă data apariției primelor simptome și data diagnosticării afecțiunii, solicitate de către Asigurător pentru a determina legalitatea plății sau nivelul corespunzător al indemnizației.

Plata Indemnizației de asigurare se face în maximum 10 zile lucrătoare de la data finalizării dosarului de anunț eveniment asigurat.

Dacă Asiguratul decedează și Asigurătorul nu a plătit încă indemnizația de asigurare, banii vor fi plătiți moștenitorilor legali. Dacă contractul de asigurare nu este plătit la timp și a expirat perioada de grație de 30 de zile, atunci asigurătorul nu va acoperi evenimentul asigurat.

Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației de asigurare dacă nu sunt îndeplinite condițiile menționate mai sus și, din acest motiv, nu poate stabili împrejurările producerii evenimentului asigurat.

După ce **Asigurătorul plătește indemnizația de asigurare, Acoperirea pentru afecțiuni grave încetează**, ceea ce înseamnă că Asiguratul nu mai poate beneficia de această acoperire la următoarea reînnoire a Contractului.

Asigurații pot solicita mai multe detalii despre procedura de evaluare a evenimentului asigurat contactând **Call Center NN** la numărul de **telefon 021 9464**, de luni până vineri între 09:00-17:30, și/sau la adresa de email evenimenteasigurare@nn.ro.

Art.10. Alte aspecte importante

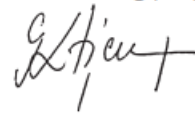
Condițiile specifice ale acoperirii pentru afecțiuni grave sunt parte integrantă a contractului de asigurare, împreună cu condițiile contractuale generale ale contractului de asigurare, care sunt valabile și se aplică în mod corespunzător prezentelor condiții specifice. Prezentele Condiții contractuale ale acoperirii pentru afecțiuni grave intra în vigoare la data de 25.08.2023 și se aplică tuturor contractelor de asigurare 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 contractuale specifice de asigurare
Acoperire pentru Afecțiuni Grave
(componentă a Asigurării Voluntare de Sănătate de Grup)

Exemplar de returnat la sediul central

Am primit condițiile contractuale:

Nume _____

Semnătura _____

Data primirii _____

Cuprins

Art.1. Ce reprezintă acoperirea pentru afecțiuni grave.....	2
Art.2. Ce acoperă asigurarea.....	3
Art.3. Ce este beneficiul suplimentar „A doua opinie medicală”	3
Art.4. Ce nu acoperă asigurarea.....	7
Art.5.Când se poate adăuga acoperirea pentru afecțiuni grave.....	7
Art.6. Când intră în vigoare asigurarea	7
Art.7. Care este perioada de așteptare.....	7
Art.8. Când încetează asigurarea	8
Art.9. Când și cum se face plata indemnizației de asigurare	8
Art.10. Alte aspecte importante	9

Art.1. Ce reprezintă acoperirea pentru afecțiuni grave

Acoperirea pentru afecțiuni grave este o asigurare suplimentară pe care companiile o pot adăuga Asigurării Voluntare de Sănătate de Grup pentru a oferi angajaților **sprijin financiar atunci când se confruntă cu o boală gravă**.

Într-un Contract de Asigurare Voluntară de Sănătate de Grup, această acoperire trebuie să fie însoțită **în mod obligatoriu de componenta de asigurare „Acoperire pentru Spitalizare și intervenții chirurgicale din accident și îmbolnăvire”**.

Această componentă de asigurare **acoperă Evenimentul asigurat ce consta diagnosticarea pentru prima dată a angajatului asigurat cu una dintre bolile grave sau efectuarea unor intervenții chirurgicale**, așa cum sunt definite în acest document, și include și **beneficiul suplimentar „A doua opinie medicală”**.

Evenimentul asigurat este acoperit dacă se efectuează **în perioada de valabilitate a prezentei componente de asigurare**.

Condițiile specifice acoperirii pentru afecțiuni grave conține termeni specifici așa cum sunt definiți în Art. 17 din condițiile generale ale Asigurării Voluntare de Sănătate de Grup, cu excepția celor de mai jos:

Indemnizația de asigurare	Suma de bani pe care o primește Asiguratul de la Asigurator atunci când se întâmplă un eveniment asigurat. Suma asigurată este stabilită de către Contractant când este adăugată acoperirea pentru afecțiuni grave la contractul de Asigurare Voluntară de Sănătate de Grup.
Activități zilnice curente	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.
Diagnostic	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.
Intervenție chirurgicală	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.
Perioada de supraviețuire	Perioada de 14 zile calendaristice de la data stabilirii diagnosticului la finalul căreia Asiguratul trebuie să fie în viață pentru acoperirea evenimentului asigurat. În cazul transplantului de organe, al by-pass-ului coronarian și al intervenției pentru valvele cardiace, perioada de supraviețuire se calculează de la data intervenției chirurgicale.
Intermedicas	Intermedicas Worldwide SRL, cu sediul în Bd. Mareșal Alexandru Averescu nr. 15B-15C, etaj 5, sector 1, București, înregistrat la Registrul Comerțului sub nr. J40/4332/2014, CUI 27415930 oferă asiguraților incluși în Asigurarea de Afecțiuni Grave servicii de „A doua opinie medicală”.

Art.2. Ce acoperă asigurarea

Asigurarea suplimentară pentru afecțiuni grave acoperă:

- **diagnosticarea cu o afecțiune gravă:** cancer, infarct miocardic acut, accident vascular cerebral major, transplant de organe majore și măduvă osoasă, scleroză multiplă, insuficiență renală cronică (stadiul de uremie), encefalita acută, plegie/ paralizie, tumori intracraniene benigne, boala Alzheimer, boala Parkinson, traumatism cranian major, pierdere totală a vederii, pierdere a două sau mai multe membre;
- **intervenții chirurgicale:** intervenția chirurgicală pentru by-pass coronarian, intervenții chirurgicale ale valvelor cardiace.

Afecțiunile grave enumerate sunt acoperite așa cum sunt definite în tabelul următor:

1. Cancerul este o afecțiune 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.

Sunt excluse următoarele tipuri de cancer:

- 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 următoarelor 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 irigației 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:

2. 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 excluse orice cazuri în care diagnosticul nu 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) ca urmare 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, orice alte forme de demență.

11. Boala Parkinson reprezintă diagnosticarea cu certitudine a afecțiunii Parkinson idiopatică de către un medicneurolog.

Pentru acoperire, trebuie îndeplinite simultan următoarele criterii:

- 4) afecțiunea să nu poată fi controlată prin medicație;
- 5) persoana asigurată să prezinte deficiențe neurologice vizibile cu evoluție progresivă;
- 6) 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 în acest document, 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. Intervențiile 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. Traumatismul 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 în acest document.

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.

Art.3. Ce este beneficiul suplimentar „A doua opinie medicală”

Beneficiul suplimentar „A doua opinie medicală” inclus în **Acoperirea pentru afecțiuni grave** oferă persoanelor asigurate, prin intermediul Enayati Medical City (Intermedicas Worldwide SRL), acces la:

- a. **management de caz în România:** consultație medicală în vederea gestionării medicale a cazului.
- b. **a doua opinie medicală (atât în România, cât și în străinătate):** un consult medical la un medic specialist, transpus într-un raport care conține diagnosticul afecțiunii, metode de tratament medicamentos, chirurgical sau de altă natură, medicația și regimul de viață recomandat, unitățile medicale și personalul medical recomandat în efectuarea tratamentelor respective.
- c. **evaluarea cazului într-o comisie multidisciplinară** de indicație terapeutică (Tumor Board) în România: echipă medicală care se întrunește pentru discutarea cazurilor dintr-o perspectivă de ansamblu, având drept scop găsirea celei mai bune soluții asupra diagnosticului și tratamentului

Beneficiul „A doua opinie medicală” poate fi folosit:

1. **pentru afecțiuni** precum:
 - **Cancerul**

Diagnosticul trebuie să fie susținut prin examen histopatologic și trebuie confirmat de către un medic specialist oncolog sau hematolog.

Excluderi: Tumorile sau afecțiunile de tip benign, premaligne, cu caracter incert (borderline), cu potențial invaziv redus sau non-invazive, toate hiperkeratozele sau leziunile pre-maligne ale pielii, tumorile cerebrale sau spinale de natură canceroasă, tumori metastazate.

- **Afecțiuni din sfera cardiovasculară** (cord, artere, vene) din următoarele categorii:
 - boli cardiovasculare pentru al căror tratament se recomandă:
 - proceduri de cardiologie intervențională;
 - proceduri de chirurgie cardiacă;
 - proceduri de chirurgie vasculară;
 - boli cardiovasculare, forme moderate și severe*, care necesită tratament conservator. (*) Gravitatea bolii este cuantificată conform ghidurilor internaționale de către Managerul de caz.
Excluderi: cazuri terminale, cazuri de urgențe medicale, starea de comă.
 - **Afecțiuni din sfera cardiologică** rezultate inclusiv în urma infecției cu Covid-19.
Excluderi: cazuri terminale, cazuri de urgențe medicale, starea de comă.
 - **Afecțiuni din sfera neurologică**, cum ar fi:
 - accidente vasculare cerebrale (în perioadă subacută și sechele), neuropatii, boli degenerative, encefalite, epilepsii, scleroza multiplă etc.
 - afecțiuni din sfera neurologică rezultate inclusiv în urma infecției cu Covid-19.
Excluderi: cazuri de urgențe medicale, starea de comă.
2. **pentru imagistică:** un raport medical privind a doua opinie medicală al unui medic străin/român, (RMN, CT,) redactat pe baza filmului imagistic pus la dispoziție de către Asigurat (respectiv Contractantul)
 3. **pentru anatomopatologie:** un buletin medical de laborator privind a doua opinie medicală, emis de un medic străin/român. Buletinul medical va fi eliberat strict pe baza probelor biologice (biopsii) puse la dispoziție de pacient.

Serviciul „**A doua opinie medicală**” poate fi accesat:

- data/an pentru aceeași afecțiune/diagnostic.
- de 2 ori/an pentru afecțiuni/ diagnostice diferite

Pentru a beneficia de serviciul „**A doua opinie medicală**”, Asiguratul contactează Call Center NN la numărul de **telefon 021 9464** în intervalul orar 09:00-17:30 Luni – Vineri sau la adresa de email asigurari@nn.ro

Asiguratorul va transmite către Enayati Medical City, în vederea contactării și furnizării de informații detaliate, următoarele date ale Asiguratului: numele, prenumele și numărul de telefon, urmând ca persoana asigurată să fie contactată de Enayati Medical City în maxim 1 zi lucrătoare.

Art.4. Ce nu acoperă asigurarea

Asigurarea pentru afecțiuni grave nu acoperă:

- excluderile prevăzute în Art.13 al condițiilor generale ale contractului de asigurare
- riscul pentru evenimente asigurate care apar, direct sau indirect, din:
 - a. tentative de suicid sau a unei acțiuni de auto-vătămare/ automutilare;
 - b. participarea 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. aviație, într-un alt mod decât ca pasager sau membru al echipajului pe o linie cu licență;
 - d. orice acțiune a Asiguratului sub influența alcoolului, drogurilor, substanțelor toxice sau narcotice, consumului de substanțe farmaceutice în conflict cu cele prescrise sau fără prescripție medicală pe numele Asiguratului;
 - e. conducerea unui vehicul fără permis de conducere;
 - f. HIV/SIDA: infecția cu HIV sau orice stare din cauza SIDA;
 - g. diagnosticarea cu o afecțiune gravă sau intervenția chirurgicală, cu una dintre afecțiunile listate în Art.2, înainte de intrarea în vigoare a asigurării suplimentare pentru afecțiuni grave
 - h. toate excluderile menționate în cuprinsul definițiilor afecțiunilor grave din acest document.

Art.5.Când se poate adăuga acoperirea pentru afecțiuni grave

Acoperirea pentru afecțiuni grave este disponibilă pentru companiile care oferă angajaților Asigurare Voluntară de Sănătate de Grup, însoțită în mod obligatoriu de Acoperirea pentru spitalizare și intervenții chirurgicale din accident și îmbolnăvire.

Acoperirea poate fi acordată de companii angajaților eligibili și partenerilor acestora care sunt incluși în Grupul Asigurabil **începând cu vârsta de 16 ani și până la cel mult 64 de ani împliniți** la momentul încheierii Contractului.

Acoperirea pentru afecțiuni grave poate fi adăugată la contractul de Asigurare Voluntară de Sănătate de Grup:

- la data semnării cererii pentru Asigurarea Voluntară de Sănătate de Grup;
- la data reînnoirii contractului de Asigurare Voluntară de Sănătate de Grup.

Art.6. Când intră în vigoare asigurarea

Acoperirea pentru afecțiuni grave intră în vigoare:

- **la data semnării cererii de asigurare**, dacă Contractantul asigurării a optat să adauge această componentă simultan cu intrarea în vigoare a contractului de Asigurare Voluntară de Sănătate de Grup;
- **la reînnoirea contractului de asigurare**, dacă Contractantul asigurării a ales să adauge această componentă ulterior intrării în vigoare a contractului de Asigurare Voluntară de Sănătate de Grup.

Art.7. Care este perioada de așteptare

Pentru Acoperirea pentru afecțiuni grave, în cazul **diagnosticului de cancer sau de tumori intracraniene benigne**, exista o perioadă de așteptare de **3 luni**, perioada în care evenimentul asigurat ce consta în diagnosticarea cu aceste afecțiuni nu va fi despăgubit.

Perioada de așteptare se calculează începând de la Data începerii Contractului, așa cum este menționată în Polița de asigurare/Certificatul de asigurare individual.

Dacă suma asigurată este mărită de Contractant, perioada de așteptare se reaplică pentru diferența de sumă asigurată.

Perioada de așteptare se aplică pentru:

- grupurile asigurabile cu mai puțin de 250 de angajați eligibili;
- grupurile asigurabile cu mai mult de 250 de angajați eligibili pentru care **nu există continuitate în acoperirea riscului**.

Perioada de așteptare nu se aplică pentru contractele de asigurare pentru grupuri asigurabile cu mai mult de 250 de angajați eligibili pentru care există continuitate în acoperirea riscului.

Continuitatea în asigurare este luată în considerare dacă la momentul emiterii Contractului de asigurare sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:

- perioada valabilității poliței deținută anterior la un alt Asigurător este de **minim 6 (șase) luni**
- nu au trecut **mai mult de 60 (șaizeci) zile calendaristice** de la data expirării poliței deținute anterior
- **există o dovadă** (ex: adeverința din care să rezulte perioada asigurată, polița de asigurare, raportul de daune etc.) primită de Contractant în acest sens de la alt Asigurător și pusă la dispoziția NN Asigurării de Viață

Art.8. Când încetează asigurarea

Acoperirea pentru afecțiuni grave **încetează pentru Contractant** atunci când încetează Contractul de asigurare, conform Art. 8 din condițiile generale ale Asigurării Voluntare de Sănătate de Grup.

Acoperirea pentru afecțiuni grave **încetează pentru Asigurat**:

1. în urma și la data încetării calității de Asigurat, conform Art. 9 al condițiilor generale ale Asigurării Voluntare de Sănătate de Grup;
2. în urma și la data încetării Acoperirii suplimentare pentru spitalizare și intervenții chirurgicale din accident și îmbolnăvire la care este atașată Acoperirea pentru afecțiuni grave;
3. în urma și la data încetării acoperirii pentru afecțiuni grave conform Art. 11.1.4. al condițiilor generale ale contractului de asigurare;
4. ca urmare a refuzului 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 acoperirea pentru afecțiuni grave;
5. la data plății indemnizației de asigurare;
6. la reînnoirea contractului pentru persoanele asigurate care au împlinit vârsta de 65 de ani în timpul anului de asigurare anterior.

Art.9. Când și cum se face plata indemnizației de asigurare

Dacă persoana asigurată este **diagnosticată cu o boală gravă** acoperită prin asigurarea suplimentară pentru afecțiuni grave, Asigurătorul va plăti în contul bancar al persoanei asigurate indemnizația de asigurare, conform condițiilor specifice aferente acestei acoperiri.

Plata indemnizației de asigurare se face pentru evenimente asigurate care se întâmplă după ce intră în vigoare Acoperirea pentru afecțiuni grave sau după ce expiră perioada de așteptare. Persoana asigurată primește indemnizația de asigurare dacă este în viață la sfârșitul perioadei de supraviețuire, așa cum este definită în acest document.

Evenimentul asigurat se anunță **în maximum 10 zile lucrătoare** de la data diagnosticării cu o afecțiune gravă / de la data externării astfel: online prin aplicația NN Direct, prin e-mail sau poștă completând formularul pus la dispoziție de către Asigurător pe site-ul www.nn.ro. Formularul trebuie semnat de persoana asigurată și trebuie să conțină documente care atestă producerea evenimentului.

Pentru plata indemnizației de asigurare sunt necesare:

- copia actului de identitate al Asiguratului, semnată de Asigurat;
- copia biletului de ieșire din spital;
- Copia extrasului de cont

- rezultatele investigațiilor medicale care au dus la stabilirea diagnosticului cu o afecțiune gravă;
- copia completă a fișei de consultații medicale întocmită de către medicul de familie;
- documente medicale referitoare la istoricul medical care să cuprindă data apariției primelor simptome ale afecțiunii și data diagnosticării acesteia;
- copii traduse în limba română ale documentelor emise de către autorități competente dacă evenimentul s-a produs în afara teritoriului României;
- orice alte documente emise de către autorități competente, care atestă data apariției primelor simptome și data diagnosticării afecțiunii, solicitate de către Asigurător pentru a determina legalitatea plății sau nivelul corespunzător al indemnizației.

Plata Indemnizației de asigurare se face în maximum 10 zile lucrătoare de la data finalizării dosarului de anunț eveniment asigurat.

Dacă Asiguratul decedează și Asigurătorul nu a plătit încă indemnizația de asigurare, banii vor fi plătiți moștenitorilor legali. Dacă contractul de asigurare nu este plătit la timp și a expirat perioada de grație de 30 de zile, atunci asigurătorul nu va acoperi evenimentul asigurat.

Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației de asigurare dacă nu sunt îndeplinite condițiile menționate mai sus și, din acest motiv, nu poate stabili împrejurările producerii evenimentului asigurat.

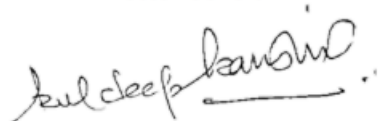
După ce **Asigurătorul plătește indemnizația de asigurare, Acoperirea pentru afecțiuni grave încetează**, ceea ce înseamnă că Asiguratul nu mai poate beneficia de această acoperire la următoarea reînnoire a Contractului.

Asigurații pot solicita mai multe detalii despre procedura de evaluare a evenimentului asigurat contactând **Call Center NN** la numărul de **telefon 021 9464**, de luni până vineri între 09:00-17:30, și/sau la adresa de email evenimenteasigurare@nn.ro.

Art.10. Alte aspecte importante

Condițiile specifice ale acoperirii pentru afecțiuni grave sunt parte integrantă a contractului de asigurare, împreună cu condițiile contractuale generale ale contractului de asigurare, care sunt valabile și se aplică în mod corespunzător prezentelor condiții specifice. Prezentele Condiții contractuale ale acoperirii pentru afecțiuni grave intra în vigoare la data de 25.08.2023 și se aplică tuturor contractelor de asigurare 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

