

Condițiile specifice ale asigurării suplimentare în caz de diagnosticare cu o afecțiune gravă

Cuprins

Ce reprezintă acest document

Ce înseamnă termenii folosiți în condițiile contractului de asigurare?

Ce acoperă asigurarea suplimentară?

Cine poate beneficia de asigurarea suplimentară și care este durata acesteia?

Când poate fi folosită și cât timp este valabilă asigurarea suplimentară?

Cât costă asigurarea?

Cum se calculează perioada de așteptare

Cum se plătește indemnizația de asigurare

În ce situații nu se plătește indemnizația de asigurare și/sau Beneficiul suplimentar

Ce înseamnă indemnizația de maturitate

Ce este protecția împotriva inflației

Cum poate fi modificată suma asigurată

Când încetează asigurarea suplimentară

Alte aspecte importante

Anexa



Art.1. Ce reprezintă acest document?

1.1. Condițiile Specifice asigurării suplimentare în caz de diagnosticare cu o afecțiune gravă (denumită în continuare asigurarea suplimentară) sunt parte din contractul de asigurare, împreună cu condițiile contractuale generale ale contractului de asigurare, care sunt valabile și se aplică și condițiilor specifice.

1.2. Pentru a beneficia de asigurarea suplimentară, este necesară încheierea unui contract de asigurare la care aceasta poate fi atașată.



Art.2. Ce înseamnă termenii folosiți în condițiile contractului de asigurare?

An de acoperire	Fiecare perioadă de 12 luni de la data atașării asigurării suplimentare.
An contractual	Perioada de un an cuprinsă între două date succesive de aniversare a cererii. Dacă asigurarea suplimentară este atașată la un moment diferit de momentul aniversării cererii, atunci durata primului an de asigurare al acesteia este de la data atașării până la prima aniversare a contractului.
Afecțiune medicală/Boală	O problemă de sănătate diagnosticată de un medic de specialitate care necesită tratament medical.
Afecțiune/Boală pre-existentă	Orice leziune, boală sau simptomatologia acestora cu care Asiguratul a fost diagnosticat înainte de intrarea în vigoare a acestei asigurări suplimentare.
Beneficiar	Persoana care primește indemnizația de asigurare atunci când are loc evenimentul asigurat, respectiv Asiguratul. Dacă după Perioada de supraviețuire, Asiguratul nu a solicitat plata indemnizației de asigurare, iar între timp a decedat, Beneficiarul asigurării este persoana desemnată în scris de către Contractant în cadrul Contractului de asigurare sau moștenitorii legali ai Asiguratului.
Data maturității	Data expirării asigurării suplimentare.
Diagnostic	O problemă de sănătate identificată pe baza datelor clinice și paraclinice de un medic specialist cu autorizare de liberă practică și competență recunoscută în domeniu de către instituțiile abilitate.
Eveniment asigurat	Diagnosticarea Asiguratului cu una dintre următoarele afecțiuni, așa cum sunt definite în Anexa prezentelor Condiții contractuale: infarct miocardic, cardiomiopatie, insuficiență renală, insuficiență hepatică cauzată de ciroză, bronhopneumonia cronică obstructivă, lupus eritematos sistemic, anemia aplastică, sclerodermia, deficiențe neurologice cauzate de accidentul vascular cerebral, scleroza multiplă, Boala Alzheimer, Boala Parkinson, deficiențe neurologice cauzate de meningită și encefalită, SIDA, deficiențe neurologice cauzate de un traumatism cranio- cerebral, arsuri grave, paralizie, pierderea unui membru, orbirea, colita ulcerativă, Boala Chron, tumori benigne intracraniene și ale coloanei vertebrale sau necesitatea efectuării uneia dintre următoarele intervenții chirurgicale, conform definițiilor specifice din Anexă: transplant de organe, bypass coronarian, intervenții ale valvelor cardiace și intervenții chirurgicale la nivelul aortei. Efectuarea următoarelor investigații, pentru confirmarea sau infirmarea diagnosticului uneia dintre afecțiunile enumerate anterior: examen computer tomograf (CT), rezonanță magnetică nucleară (RMN), tomografie cu emisie pozitronică (PET-CT), tomografie cu emisie de fotoni individuali (SPECT-CT), puncție, biopsie și examen histopatologic aferent.
Indemnizație de maturitate	Suma plătită de către Asigurător, Contractantului, la data maturității prezentei asigurări suplimentare, dacă până la aceasta nu a avut loc niciun eveniment asigurat (excluzând Beneficiul suplimentar).
Perioada de supraviețuire	Perioada de 5 zile calendaristice calculată de la data stabilirii diagnosticului, la sfârșitul căreia Asiguratul trebuie să fie în viață în vederea acoperirii evenimentului asigurat.
Suma asigurată	Suma de bani, așa cum apare în contractul asigurării suplimentare, pe care Asigurătorul o plătește Beneficiarului asigurării în cazul diagnosticării cu o afecțiune gravă a Asiguratului, în condițiile din acest document.



Art.3. Ce acoperă asigurarea suplimentară?

1. Diagnosticarea cu una dintre următoarele afecțiuni: infarct miocardic, cardiomiopatie, insuficiență renală, insuficiență hepatică cauzată de ciroză, bronhopneumonia cronică obstructivă, lupus eritematos sistemic, anemia aplastică, sclerodermia, deficiențe neurologice cauzate de accidentul vascular cerebral, scleroză multiplă, Boala Alzheimer, Boala Parkinson, deficiențe neurologice cauzate de meningită și encefalită, SIDA, deficiențe neurologice cauzate de un traumatism cranio- cerebral, arsuri majore, paralizie, pierderea unui membru, orbirea, colita ulcerativă, Boala Crohn, tumori benigne intracraniene și ale coloanei vertebrale.

2. Necesitatea efectuării uneia dintre următoarele intervenții chirurgicale: transplant de organe, bypass coronarian, intervenții ale valvelor cardiace și intervenții chirurgicale la nivelul aortei.

3.1. Indemnizația de asigurare se plătește pentru unul dintre cele două evenimente asigurate de mai sus și constă în plata sumei asigurate, o singură dată, pe perioada de valabilitate a asigurării suplimentare.

3.2. După plata indemnizației de asigurare pentru unul din cele două evenimente, această asigurarea suplimentară încetează, fără a se mai plăti ulterior niciun alt Beneficiu sau indemnizație și fără obligația Contractantului de a mai plăti vreo primă pentru prezenta asigurare suplimentară.

3.3. Pentru evaluarea evenimentului asigurat sunt necesare documentele medicale specifice, menționate în Anexă, pentru fiecare afecțiune sau pentru necesitatea efectuării unei intervenții chirurgicale dintre cele menționate anterior.

3. Beneficiul suplimentar

3.4. Se referă la efectuarea investigațiilor medicale pentru diagnosticarea uneia dintre afecțiunile acoperite de această asigurare suplimentară.

3.5. Beneficiul poate fi solicitat doar după efectuarea următoarelor investigații pentru confirmarea sau infirmarea diagnosticului uneia dintre afecțiunile enumerate anterior: examen computer tomograf (CT), rezonanță magnetică nucleară (RMN), tomografie cu emisie pozitronică (PET-CT), tomografie cu emisie de fotoni individuali (SPECT-CT), puncție, biopsie și examen histopatologic aferent.

3.6. Beneficiul constă în plata unei sume echivalente cu **80%** din valoarea costului achitat de Asigurat pentru investigațiile enumerate, în limitele acceptate de Asigurător. Pentru a primi Beneficiul, valoarea costurilor achitate de Asigurat trebuie să fie de cel puțin 650 de lei și cel mult 25.000 lei. Plata Beneficiului este limitată la **20.000 lei pentru fiecare an de acoperire al asigurării suplimentare.**

3.7. Pe toată perioada asigurării suplimentare, Asigurătorul își rezervă dreptul să modifice limitele de despăgubire în cazul în care există o variație semnificativă a costurilor pentru investigații. Limitele în care costurile pot fi despăgubite sunt specificate în condițiile contractuale, iar Asiguratul și Contractantul sunt de acord ca orice actualizare/modificare a acestor limite să fie disponibilă pe pagina de internet a NN Asigurări de Viață S.A.

3.8. Prin semnarea condițiilor contractuale, Asiguratul și Contractantul asigurării sunt de acord ca orice actualizare/modificare a valorii minime sau maxime de la care sunt acoperite costurile pentru investigațiile medicale să fie comunicată prin intermediul paginii de internet a NN Asigurări de Viață S.A, la adresa www.nn.ro/documente- asigurări.

3.9. Pentru plata Beneficiului este necesară evaluarea următoarelor documente, respectând prevederile condițiilor contractuale:

- rezultatele investigațiilor pentru care Asiguratul solicită Beneficiul;
- rezultatul consultului de specialitate (de exemplu, hematologie, chirurgie, neurochirurgie, dermatologie etc.) cu descrierea simptomatologiei clinice și rezultatele investigațiilor medicale de rutină (ecografii, analize de sânge etc.) care să susțină necesitatea medicală a efectuării investigațiilor enumerate mai sus;
- copii ale facturilor și a bonurilor fiscale cu care au fost plătite procedurile de efectuare a punțiilor, a biopsiilor, a investigațiilor (pot fi mai multe facturi). Pentru stabilirea beneficiului de plată vor fi luate în calcul costul procedurilor medicale ce constau în puncție sau biopsie, costul anesteziei aferente acestora, costul examenului histopatologic aferent biopsiei sau puncției, costul tomografiei, RMN-ului, SPECT-CT, PET-CT- ului. Nu se vor lua în calculul beneficiului de plată, costul spitalizării și al intervenției care reprezintă tratamentul afecțiunii.

3.10. Plata beneficiului poate fi solicitată chiar dacă investigațiile efectuate nu au confirmat diagnosticarea uneia dintre afecțiunile acoperite de asigurarea suplimentară.



Art.4. Cine poate beneficia de asigurarea suplimentară și care este durata acesteia?

4.1. Asigurarea suplimentară este disponibilă pentru persoanele asigurate **începând cu vârsta de 16 ani și până la cel mult 60 de ani împliniți** la momentul încheierii asigurării suplimentare **și cel mult 65 de ani** la încetarea acesteia.

4.2. Asigurarea are o **durată minimă de 5 ani**. Data expirării asigurării suplimentare este prevăzută în polița de asigurare.



Art.5. Când poate fi folosită și cât timp este valabilă asigurarea suplimentară?

5.1. Asigurarea suplimentară este valabilă câtă vreme primele de asigurare ale contractului sunt plătite la zi sau contractul se află în perioada de grație.

5.2. Asigurarea suplimentară **este valabilă începând cu:**

- (a) **data intrării în vigoare a contractului de asigurare**, dacă Contractantul a ales să atașeze această asigurare suplimentară odată cu încheierea contractului de asigurare;
- b) **data următoarei scadențe de plată a contractului de asigurare**, dacă Asiguratul a ales să atașeze această asigurare suplimentară oricând în timpul perioadei contractuale;
- (c) **data aniversării contractului de asigurare**, dacă Contractantul a ales să atașeze această asigurare suplimentară la această data. Asigurarea suplimentară poate fi atașată contractului de asigurare la aniversarea acestuia, dacă sunt îndeplinite toate condițiile de mai jos:
- prima aferență ultimei scadențe din anul respectiv de asigurare a fost plătită integral în termenul menționat pe poliță;
 - cererea de asigurare completată de Contractant a fost trimisă către Asigurător cu cel puțin 15 zile calendaristice înainte de respectiva aniversare a contractului de asigurare;
 - Asigurătorul a evaluat și acceptat riscurile aferente asigurării suplimentare.
- (d) **data repunerii în vigoare a contractului de asigurare**, în cazul în care contractul de asigurare a fost reziliat și se dorește repunerea în vigoare. În cazul în care Contractul de asigurare a fost reziliat sau transformat în contract liber de plata primelor și ulterior este repus în vigoare, asigurarea suplimentară intră în vigoare începând cu ziua imediat următoare plății primelor de asigurare restante.



Art.6. Cât costă asigurarea?

- 6.1.** Primele de asigurare pentru asigurarea suplimentară se plătesc în aceeași monedă și odată cu primele eșalonate pentru contractul de asigurare, respectând frecvența și modalitatea de plată stabilite în contractul de asigurare.
- 6.2.** Primele se plătesc pe întreaga durată de valabilitate a asigurării suplimentare și se calculează în funcție de suma asigurată și de vârsta Asiguratului. Nivelul primelor se modifică la fiecare aniversare a contractului de asigurare, în funcție de vârsta curentă a Asiguratului.
- 6.3.** Asigurătorul își rezervă dreptul să modifice valoarea primelor atunci când există o variație semnificativă de apariție a evenimentului asigurat față de cea asumată la momentul calculării primelor de asigurare în vigoare. Noile prime intră în vigoare de la următoarea dată aniversară a contractului de asigurare. Valoarea noilor prime este comunicată Contractantului prin scrisoarea de adaptare la inflație trimisă cu 20 de zile înaintea aniversării contractului de asigurare și beneficiază de un termen de grație în vederea efectuării plății primelor de asigurare eșalonate de 30 de zile calendaristice, conform condițiilor contractuale generale.



Art.7. Cum se calculează perioada de așteptare?

- 7.1.** Perioada de așteptare pentru evenimentele asigurate prin asigurarea suplimentară în caz de diagnosticare cu o afecțiune gravă este de 90 de zile calendaristice consecutive timp în care Beneficiul pentru efectuarea investigațiilor pentru diagnosticare efectuat în această perioadă nu este acoperit.
- 7.2.** Perioada de așteptare se calculează astfel:
- de la data încheierii cererii de asigurare atunci când asigurarea suplimentară a fost contractată în același timp cu contractul de asigurare;
 - de la data începerii valabilității asigurării suplimentare atunci când asigurarea suplimentară a fost contractată după încheierea contractului de asigurare;
 - de la data majorării sumei asigurate pentru diferența de sumă asigurată majorată.



Art.8. Cum se plătește indemnizația de asigurare?

- 8.1.** Evenimentele asigurate prin asigurarea suplimentară în caz de diagnosticare cu o afecțiune gravă sunt acoperite numai dacă asigurarea este valabilă la data la care acestea se întâmplă. Asigurarea suplimentară acoperă evenimentul asigurat atât pe teritoriul României, cât și în afara acestuia.
- 8.2.** Dacă, pe perioada de valabilitate a asigurării suplimentare, Asiguratul este diagnosticat cu una dintre afecțiunile acoperite de asigurarea suplimentară sau are nevoie să efectueze dintre cele patru intervenții chirurgicale: by-pass coronarian, intervenții ale valvelor cardiace, transplant de organe sau intervenții chirurgicale la nivelul aortei, Asigurătorul va plăti Asiguratului indemnizația de asigurare conform condițiilor de asigurare din acest document, cu condiția supraviețuirii Asiguratului timp de 5 zile de la data diagnosticării.
- Dacă evenimentul asigurat este urmat de plata indemnizației de asigurare, primele de asigurare plătite de contractant, aferente prezentei asigurării suplimentare și încasate după data producerii evenimentului asigurat, vor fi returnate Contractantului, fără dobândă.
- 8.3.** Beneficiarul asigurării suplimentare pentru afecțiuni grave este Asiguratul. În cazul în care acesta decedează după

primele 5 zile de la diagnosticarea cu una dintre afecțiunile acoperite de asigurarea suplimentară, indemnizația de asigurare va fi plătită beneficiarilor desemnați în caz de deces sau moștenitorilor legali ai Asiguratului dacă nu au fost desemnați beneficiari în contractul de asigurare.

8.4. Asiguratorul trebuie notificat în scris, prin aplicația NN Direct sau la adresa de email asigurari@nn.ro sau prin serviciile poștale sau de curierat, în cel mult 45 de zile de la data producerii evenimentului asigurat. Altfel, Asiguratorul poate refuza plata indemnizației de asigurare.

8.5. În cazul în care documentele medicale sunt furnizate de instituții medicale din afara țării, Asiguratul are obligația să pună la dispoziția Asiguratorului atât documentele originale cât și traducerea legalizată a acestora.

8.6. Asiguratorul va aprecia întinderea obligației de plată a indemnizației de plată în funcție de rezultatele investigațiilor pe care le efectuează în condițiile prezentei asigurări suplimentare și numai după ce s-a stabilit cu certitudine producerea evenimentului asigurat. Indemnizația de asigurare este plătită în termen de 30 de zile de la data la care dosarul de daună este complet, fiind depus la Asigurator și în condițiile în care perioada de supraviețuire de 5 zile a luat sfârșit.

8.7. Dacă Asiguratorul nu primește documentele medicale necesare pentru evaluarea evenimentului asigurat în termen de 90 de zile calendaristice, Asiguratorul va închide dosarul de daună cu refuz de plată datorat lipsei de documente. În cazul în care documentele solicitate sunt furnizate ulterior termenului de 90 de zile calendaristice, Asiguratorul va redeschide dosarul de daună în vederea reevaluării evenimentului asigurat.



Art.9. În ce situații nu se plătește indemnizația de asigurare și/sau Beneficiul suplimentar?

9.1. Indemnizația de asigurare **nu este plătită** de Asigurator pentru:

- (a) Oricare afecțiune care nu este listată în Anexă sau care nu îndeplinește condițiile din definițiile descrise în Anexă;
- (b) Existența unor afecțiuni medicale diagnosticate sau care s-au manifestat clinic înainte de semnarea Cererii de asigurare, care nu au fost declarate în Cererea de asigurare și care ar fi dus la neacordarea asigurării suplimentare sau acordarea acesteia în alte condiții;
- (c) Afecțiunea care a cauzat evenimentul asigurat, survenită ca urmare a agravării unei Afecțiuni pre-existente sau unui accident anterior datei atașării asigurării suplimentare și care nu a fost declarată în Cererea de asigurare;
- (d) Afecțiunea cauzată de abuzul de alcool, droguri, autointoxicare sau abuzul de medicamente, sedative, narcotice, tranchilizante fără prescripția unui medic autorizat;
- (e) Situația în care contractul de asigurare nu este plătit și perioada de grație a expirat;
- (f) Solicitarea Beneficiului suplimentar pentru investigații pentru diagnosticare care nu sunt menționate în capitolul “ Ce acoperă asigurarea suplimentară - Beneficiul suplimentar”;
- (g) Dacă afecțiunea este datorată unei tentative de suicid, auto-mutilării sau oricărei acțiuni voluntare a Asiguratului, inclusiv participarea la acțiuni hazardate, sporturi sau activități recreative ce implică riscuri serioase cum ar fi, spre exemplu: parașutismul, planorismul, automobilism, acrobația, cascadoria, speologia etc., acțiuni neaduse la cunoștința Asiguratorului;
- (h) Decesul Asiguratului în intervalul de timp aferent Perioadei de supraviețuire când Asiguratorul este exonerat de plata indemnizației de asigurare;
- (i) Situația în care Contractantul și/sau Asiguratul vor furniza declarații false sau informații incomplete. În acest caz, Asiguratorul nu va plăti nicio indemnizație de asigurare și/sau Beneficiu suplimentar și nicio altă pretenție, indiferent de natura acesteia, cum ar fi restituirea primelor de asigurare deja plătite până la data rezilierii asigurării suplimentare;
- (j) Documentele depuse de Contractant și/sau Asigurat cu privire la Evenimentul asigurat produs sau la solicitarea Beneficiului suplimentar care prezintă semne de alterare (spre exemplu, dar fără a se limita la: ștersături, modificări, completări). În acest caz, Asiguratorul își rezervă dreptul de a suspenda plata indemnizației de asigurare și a Beneficiului suplimentar și de a face propriile investigații cu privire la condițiile producerii evenimentului asigurat. În funcție de rezultatul acestor investigații, Asiguratorul poate solicita Contractantului și/sau Asiguratului informații/documente suplimentare cu privire la producerea evenimentului asigurat sau poate refuza plata indemnizației de asigurare.



Art.10. Ce înseamnă indemnizația de maturitate?

10.1. Indemnizația de maturitate este acordată dacă, până la data expirării duratei asigurării suplimentare, nu a fost despăgubit niciun eveniment asigurat și dacă nu există nicio restanță la plata primelor la data expirării asigurării suplimentare. Cu 45 de zile înainte de data de expirare a asigurării, Contractantul va fi informat privind valoarea indemnizației de maturitate pe care o va primi. Aceasta reprezintă 30% din valoarea primelor plătite pentru asigurarea suplimentară.

10.2. Plata Indemnizației de maturitate nu este condiționată de plata Beneficiului suplimentar.

10.3. După ce Asiguratorul a plătit indemnizația de maturitate, Asiguratul poate solicita indemnizația de asigurare pentru un eveniment asigurat care s-a întâmplat anterior și nu a fost anunțat. Noua valoare a indemnizației de asigurare pentru

evenimentul asigurat va fi calculată ca diferență dintre suma asigurată stabilită prin contract și indemnizația de maturitate deja primită.



Art.11. Ce este protecția împotriva inflației?

11.1. Pentru protecția împotriva inflației, Contractantul asigurării poate să crească suma asigurată pentru asigurarea suplimentară **cu cel puțin 20 de zile înainte de fiecare aniversare a datei de încheiere a cererii de asigurare**. Creșterea sumei asigurate prin alegerea unuia dintre procentele de creștere stabilite de către Asigurător duce la o creștere a beneficiului și, implicit, a primei de asigurare. În situația în care Contractantul nu solicită în mod expres un procent anume de protecție împotriva inflației, majorarea pentru protecția împotriva inflației se face cu procentul mediu stabilit și comunicat de Asigurător în scrisoarea aniversară. În această situație nu este necesară din partea Asigurătorului o reevaluare a riscului.

11.2. Indiferent dacă Contractantul a optat pentru majorarea sumei asigurate cu procentul de adaptare la inflație sau dacă a refuzat adaptarea la inflație, prima de asigurare va lua în calcul noua vârstă a Asiguratului.

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



Art.12. Cum poate fi modificată suma asigurată?

12.1. Pe durata asigurării suplimentare, Contractantul poate să crească sau să diminueze suma asigurată dacă la momentul solicitării nu există întârzieri în plata primelor de asigurare.

12.2. Contractantul are dreptul să mărească suma asigurată în orice moment cu excepția primului an contractual al asigurării suplimentare. Pentru acceptarea majorării sumei asigurate, în alte condiții decât cele din capitolul „Ce este protecția împotriva inflației”, este necesară o reevaluare a riscului, în conformitate cu regulile Asigurătorului aplicabile la data solicitării. Pentru a verifica informațiile menționate în condițiile generale referitoare la încheierea cererii de asigurare, Asigurătorul solicită documentele și informațiile necesare. În urma reevaluării riscurilor, Asigurătorul poate decide să nu accepte majorarea sumei asigurate sau să o accepte în alte condiții, în funcție de modificările apărute în riscurile acoperite sau în condițiile de acordare a asigurării față de data ultimei evaluări. Noua sumă asigurată nu poate depăși suma asigurată maximă stabilită de Asigurător la data creșterii. În cazul unei majorări a sumei asigurate, are loc o creștere corespunzătoare a primei de asigurare. Contractantul este informat de Asigurător despre detaliile creșterii de primă calculate.

12.3. Contractantul are dreptul să reducă suma asigurată în orice moment, începând cu al doilea an contractual. Noua sumă asigurată nu poate fi mai mică decât suma asigurată minimă, stabilită de către Asigurător, aplicabilă la data reducerii. Reducerea sumei asigurate determină, în același timp, și o reducere corespunzătoare a primei de asigurare.

12.4. În cazul în care Contractantul și Asiguratul sunt persoane diferite, Contractantul se obligă să furnizeze consimțământul scris al Asiguratului asupra modificărilor de sumă asigurată.

12.5. Schimbările intră în vigoare după și dacă au fost acceptate de Asigurător la data următoarei scadențe, cu condiția plății la zi a contractului.



Art.13. Când încetează asigurarea suplimentară?

13.1. Asigurare suplimentară încetează în următoarele situații:

- (a) în condițiile prevăzute la art. 8 al condițiilor contractuale generale ale contractului de asigurare;
- (b) la data maturității asigurării suplimentare, prevăzută ca atare în cadrul poliței de asigurare, fără ca Asigurătorul să fi plătit Indemnizația de asigurare;
- (c) la data transformării contractului de asigurare într-un contract liber de plata primelor;
- (d) la data încetării Contractului de asigurare pentru asigurarea suplimentară, în conformitate cu prevederile condițiilor specifice aferente contractului de asigurare;
- (e) la cererea Contractantului, oricând pe perioada derulării contractului de asigurare;
- (f) la data împlinirii de către Asigurat a vârstei de 65 de ani;
- (g) la data decesului Asiguratului;
- (h) în urma producerii evenimentului asigurat ce constă în diagnosticarea cu una dintre afecțiunile acoperite sau recomandarea pentru efectuarea uneia dintre intervențiile chirurgicale listate în Anexă, pentru care se plătește indemnizația de asigurare. Data încetării este data producerii evenimentului asigurat.



Art.14. Alte aspecte importante

14.1. Toate plățile la care Asigurătorul se obligă în conformitate cu prevederile asigurării suplimentare se fac în lei și conform legislației financiar- fiscale în vigoare la data efectuării plăților.

14.2. Asigurarea suplimentară nu are valoare de răscumpărare și nici participare la profit.

14.3. Condițiile specifice ale asigurării suplimentare în caz de diagnosticare cu o afecțiune gravă au intrat în vigoare la data de 05.01.2024 și se aplică tuturor asigurărilor suplimentare încheiate după această dată.

Kuldeep Kaushik

Director General

Gabriela Lupaș Țicu

Director Arie Marketing și Operațiuni



NN Asigurări de Via Iă S.A.
C.U.I. 9100488

Afecțiuni grave

Diagnostic/Afecțiune medicală

Documente necesare pentru acordarea indemnizației de asigurare

Explicații care ne ajută să înțelegem diagnosticul

Infarctul miocardic acut:

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

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

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

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

2. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

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

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

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

Medicii cardiologi stabilesc diagnosticul infarctului miocardic pe criterii clinice, electrice și enzimatic. Criteriul clinic constă în durere toracică caracteristică pentru infarct. Criteriul electric presupune existența modificărilor pe traseul EKG (înregistrarea grafică a activității electrice a inimii), care descriu faza acută a infarctului miocardic. Criteriul enzimatic este reprezentat de creșterea enzimelor miocardice de necroză: atât CK-MB (creatininkinaza) cât și troponinele cresc în primele 4-6 ore ale infarctului, ating un maxim la 12-24 de ore, după care încep să scadă (CK-MB revine la normal după 72 de ore, iar troponinele după 7-14 zile).

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

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

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

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

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

Cardiomiopatia:

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

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

1. Biletul de externare și copia foii de observație sau referat de la medicul cardiolog care să menționeze istoricul și evoluția bolii, simptomatologia actuală și clasificarea NYHA.
2. Rezultatul ecocardiografiei cu menționarea fracției de ejeție.
3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Insuficiența renală cronică:

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

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

1. Biletul de externare și copia foii de observație din care să reiasă diagnosticul și necesitatea dializei permanente sau a efectuării unui transplant renal.
2. Analizele de sânge, uree și creatinina - valori actuale și istorice.
3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie și documente de la data diagnosticării inițiale a bolii renale.

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

De ce nu acoperim insuficiența renală acută reversibilă?

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

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

Insuficiența hepatică cronică:

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

- hipertensiune portală;
- ascită;
- encefalopatie hepatică.

1. Biletul de externare și copia foii de observație care stabilesc diagnosticul de insuficiență hepatică, cauza acesteia, complicațiile și simptomatologia prezentă.
2. Rezultatele testelor de laborator care confirmă infecția

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bronhopneumonia cronică obstructivă:

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

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

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

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

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

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

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

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

Lupusul eritematos sistemic:

Diagnostic stabilit de medicul reumatolog, cu existența următoarelor condiții:

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

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

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

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

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

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

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

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

Anemia aplastică:

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

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

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

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

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

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

De ce nu este acoperită anemia aplastică reversibilă sau temporară?

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

Sclerodermia (scleroza sistemică):

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

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

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

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

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

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

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

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

Deficite neurologice permanente cauzate de accidentul vascular cerebral:

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

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

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

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

Scleroza multiplă:

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

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

1. Biletul de externare și copia foii de observație.
2. Rezultatele investigațiilor pe baza cărora s-a stabilit diagnosticul.
3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

Data evenimentului asigurat este data stabilirii diagnosticului de certitudine.

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

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

Boala Alzheimer:

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

1. Biletul de externare și copia foii de observație și rezultatele investigațiilor efectuate din care să reiasă diagnosticul de certitudine, istoricul și evoluția bolii.
2. Rezultatul CT/RMN (buletinul de interpretare).
3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

Data evenimentului asigurat este data stabilirii diagnosticului de certitudine.

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

Boala Parkinson:

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

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

1. Biletul de externare și copia foii de observație, împreună cu rezultatele investigațiilor efectuate din care să reiasă diagnosticul de certitudine, istoricul și evoluția bolii.
2. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

Data evenimentului asigurat este data stabilirii diagnosticului de certitudine.

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

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

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

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

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

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

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

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

SIDA:

Reprezintă ultimul stadiu al infecției cu virusul imunodeficienței umane (HIV) care atacă și distruge progresiv sistemul imunitar al organismului. Diagnosticul trebuie susținut de rezultatul testului Western Blot care confirmă infecția cu HIV și de simptomatologia clinică recurentă caracteristică uneia dintre următoarele complicații: pneumocistoză, sindrom wasting, pneumonie bacterială recurentă, infecția cronică cu virus herpes simplex, candidoza esofagială, tuberculoza extrapulmonară, histoplasmoza extrapulmonară, criptococoza extrapulmonară, sarcomul Kaposi, encefalopatia.

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

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

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

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

Deficite neurologice permanente cauzate de meningită:

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

1. Biletul de externare și copia foii de observație care să conțină și rezultatele investigațiilor și descrierea simptomatologiei clinice.
2. Rezultatul unui consult neurologic actual, efectuat după cel puțin 6 săptămâni de la diagnosticare care să confirme caracterul permanent al deficitelor neurologice instalate după episodul acut al bolii.

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

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

De ce este necesar termenul de 6 săptămâni?

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

Deficite neurologice permanente cauzate de encefalită:

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

1. Biletul de externare și copia foii de observație care să conțină rezultatele investigațiilor și descrierea simptomatologiei clinice.
2. Rezultatul unui consult neurologic actual, efectuat după cel puțin 6 (șase) săptămâni de la diagnosticare care să confirme caracterul permanent al deficitelor neurologice instalate după episodul acut al bolii.

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

De ce este necesar termenul de 6 săptămâni?

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

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

Deficite neurologice permanente cauzate de traumatism cranian:

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

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

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

Nu sunt considerate a fi eveniment asigurat traumatismele coloanei vertebrale.

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

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

3. Rezultatul RMN/CT efectuat după producerea traumatismului.

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

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

De ce este necesar termenul de 6 săptămâni?

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

Arsuri majore:

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

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

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

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

Data evenimentului asigurat este data producerii accidentului.

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

Plegia/paralizia:

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

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

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

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

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

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

Tetraplegia semnifică paralizia tuturor celor patru membre.

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

cauze psihice nu sunt considerate a fi eveniment asigurat.

Accidentului de Muncă etc.)
3. Consult neurologic după cel puțin 3 (trei) luni de la diagnosticare, care să confirme caracterul permanent al bolii.
4. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie pentru paralizia cauzată de o îmbolnăvire.

Data evenimentului asigurat este data consultului care confirmă caracterul permanent al pierderii funcționalității membrilor.

De ce este necesar termenul de 3 luni?

Această perioadă de trei luni este necesară pentru a confirma caracterul ireversibil al paraliziei.

Pierderea totală a vederii:

Reprezintă pierderea totală permanentă și ireversibilă a acuității vizuale ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri (acuitate vizuală de cel puțin de 3/60 sau mai mică), certificată de un medic specialist oftalmolog, neputând fi corectată prin nici o formă de tratament.

1. Raport medical eliberat de medicul specialist oftalmolog care să confirme diagnosticul și să descrie evoluția bolii ce a cauzat orbirea permanentă a ambilor ochi, data diagnosticării inițiale.

2. Bilet de externare.
3. Documente care să ateste data și circumstanțele producerii accidentului.

Data evenimentului asigurat este data la care diagnosticul definitiv este confirmat de medicul specialist oftalmolog.

Acuitatea vizuală înseamnă capacitatea percepției vizuale, adică gradul în care o persoană poate distinge detaliile fine. Acuitatea vizuală se stabilește pe baza unor scale, acuitatea vizuală normală fiind 1.

Pierderea unui membru:

Reprezintă pierderea permanentă a cel puțin unui membru de la sau deasupra încheieturii mâinii sau a gleznei cauzată de o îmbolnăvire sau un accident.

1. Biletul de externare și copia foii de observație.
2. Documente care să ateste data și circumstanțele producerii accidentului (de exemplu, copie fișă UPU sau de intervenție a ambulanței, Raport Poliție, Formularul de Înregistrare al Accidentului de Muncă etc.)
3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie pentru paralizia cauzată de o îmbolnăvire.

Data evenimentului asigurat este data la care a avut loc accidentul sau intervenția chirurgicală.

Colita ulcerativă tratată prin colectomie (excizia colonului):

Diagnosticul trebuie confirmat de un medic gastroenterolog sau chirurg. În actualul context termenul colită ulcerativă descrie stadiul avansat al bolii, în care Asiguratul a suferit intervenția chirurgicală pentru excizia colonului (colectomie).

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

Data evenimentului asigurat este data intervenției chirurgicale.

Colita ulcerativă este o boală inflamatorie cronică a colonului și rectului, de natură autoimună.

Boala Chron tratată prin rezecție intestinală:

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

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

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

Tumori benigne intracraniene:

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

Nu sunt considerate a fi eveniment asigurat hematoamele intracraniene.

1. Biletul de externare sau copia foii de observație care să confirme diagnosticul, rezultatele investigațiilor (CT/RMN etc.).
 2. Rezultatul examenului histopatologic.
 3. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.
- Data evenimentului asigurat este data stabilirii diagnosticului de certitudine.

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

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

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

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

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

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

Tumori benigne ale coloanei vertebrale:

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

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

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

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

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

Tumorile extramedulare sunt situate în afara foitei care acoperă măduva.

Intervenții chirurgicale

Denumire intervenție chirurgicală pentru care s-a stabilit necesitatea medicală

Documente medicale necesare pentru plata indemnizației de asigurare

Explicații

Transplantul de organe:

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

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

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

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

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

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

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

4. Copia fișei medicale din evidența medicului de familie.

Data evenimentului asigurat este data recomandării medicale pentru efectuarea transplantului.

By-pass-ul coronarian:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Intervenții chirurgicale ale valvelor cardiace:

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

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

1. Rezultatul ecocardiografiei sau angiografiei, biletul de externare și copia foii de observație;
2. Raport medical efectuat de medicul cardiolog care să menționeze istoricul afecțiunii sau bilet de externare și copia foii de observație.

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

Data evenimentului asigurat este

În structura inimii intră patru elemente numite **valve**, ce asigură circulația sângelui în interiorul acestora și legătura cu restul organismului. Acestea sunt: mitrala, aortica, pulmonara și tricuspida. În anumite situații, aceste valve se deteriorează, uneori fiind necesară repararea sau înlocuirea lor.

data recomandării de la medicul cardiolog pentru efectuarea intervenției chirurgicale.

Intervenții chirurgicale la nivelul aortei:

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

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

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

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

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

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

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

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

Biopsia este o procedură în care o mică porțiune de țesut este prelevată dintr-un organ sau o zonă afectată pentru a fi examinată la microscop. Această procedură se efectuează în foarte multe afecțiuni, nu doar în cazul cancerului. În cazul cancerului, biopsia se va efectua prin prelevarea unei porțiuni de țesut de la nivelul tumorii. În alte patologii, în care apar modificări anormale sau creșteri de mase tumorale, se efectuează biopsie tot la nivelul zonei modificate. De exemplu, se efectuează biopsii hepatice pentru a pune în evidență prezența hepatitei.

După prelevarea mostrei, aceasta este trimisă la laboratorul de anatomopatologie pentru examinarea microscopică. Această procedură ajută la stabilirea unui diagnostic precis și la planificarea unui tratament adecvat.

Puncția este o procedură medicală efectuată pentru a recolta țesut sau lichid dintr-un organ sau o cavitate a corpului în scopuri diagnostice sau terapeutice. Această procedură ajută la examinarea microscopică a mostrei recoltate, ceea ce poate ajuta la stabilirea unui diagnostic precis și la planificarea unui tratament adecvat. **Diagnosticul de certitudine** reprezintă stabilirea unui diagnostic exact, pe baza unor investigații de specialitate.

Examenul histopatologic este examenul microscopic al țesutului considerat bolnav/al tumorii, pentru diagnosticarea de certitudine a acestuia.

Raportul anatomopatologic (histopatologic) conține informații specifice despre tipul de țesut tumoral excizat din corp, informații care ajută medicul curant să emită un plan de tratament potrivit pentru pacient.

Examen histopatologic “la parafină” reprezintă examinarea microscopică a probelor de țesut obținute prin puncții-biopsii

mamare și a pieselor operatorii obținute în urma intervențiilor chirurgicale (biopsie excizională), pentru obținerea diagnosticului de certitudine al unei leziuni tumorale suspecte.

Examen histopatologic extemporaneu "la gheață" reprezintă examinarea histopatologică a tumorii extirpate chirurgical (prin biopsie excizională), efectuată în timpul operației, din piese operatorii.

PET-CT sau tomografia cu emisie de pozitroni este o investigație imagistică funcțională realizată prin două scanări independente, ale căror rezultate se procesează apoi computerizat într-o singură imagine: PET (Positron Emission Tomography) -folosită pentru obținerea de date funcționale legate de metabolism și funcții celulare (cum ar fi fluxul de sânge, consumul de oxigen și glucoză) și CT (Computed Tomography) – folosită pentru obținerea de informații anatomice detaliate. PET-CT este folosită pentru diagnosticarea cancerului, a Bolii Alzheimer și Parkinson, în determinarea extinderii unui infarct miocardic, în detecția tumorii primare în cazul metastazelor cu punct de plecare nedeterminat etc.

SPECT-CT sau tomografia cu emisie de fotoni individuali este o metodă imagistică funcțională, spre deosebire de radiologie sau tomografie, care sunt tehnici anatomice. Tehnica SPECT folosește substanțe radiofarmaceutice legate de o substanță radioactivă ce emite un foton individual de tip gamma ce se distribuie în organe și ajută la obținerea unor imagini utile pentru evaluarea funcționării organelor, a fluxului sanguin, a sistemului osos etc.

RMN sau rezonanța magnetică este metodă de explorare imagistică prin care se obțin imagini multiplane și secțiuni submilimetrice care permit o rată foarte mare de detecție a eventualelor leziuni din regiunea examinată.

