

Condițiile specifice ale asigurării suplimentare în caz de diagnosticare cu cancer



Tu contezi !

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?

Care sunt informațiile despre plata primei de asigurare?

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?

Cum poate fi modificată suma asigurată?

Ce este protecția împotriva inflației?

Ce înseamnă indemnizația de maturitate?

Când încetează asigurarea suplimentară?

Alte aspecte importante

Anexă



Art. 1. Ce reprezintă acest document?

1.1. Condițiile specifice asigurării suplimentare pentru diagnosticarea cancerului, 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?

Toți termenii definiți la art. 2 al condițiilor contractuale generale sunt valabili și în cazul acestor condiții specifice, cu excepția termenilor de mai jos:

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/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 producerea evenimentului asigurat, 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 carcinom in situ sau cancer, ulterior intrării în vigoare a asigurării suplimentare.

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.**

Suma asigurată: Suma de bani, așa cum apare în contractul asigurării suplimentare, pe care Asiguratorul o plătește Beneficiarului asigurării în cazul diagnosticării cu cancer a Asiguratului, în condițiile din acest document.



Art. 3. Ce acoperă asigurarea suplimentară?

1. Diagnosticarea cu carcinom in situ

3.1. Carcinomul in situ este o formă incipientă a cancerului în care celulele canceroase se găsesc doar în stratul superficial al țesutului și nu au invadat încă țesutul din jur. Termenul de carcinom in situ **nu se referă** la:

- tumorile care, pe baza rezultatului histopatologic, sunt încadrate ca fiind benigne, premaligne sau borderline.
- cancerul de piele care se află în stadiul in situ.

3.2. Dacă se întâmplă evenimentul asigurat, asigurarea oferă o **indemnizație care reprezintă 25% din suma asigurată pentru diagnosticarea cancerului in situ.**

3.3. Indemnizația de asigurare va fi plătită pentru fiecare diagnosticare primară cu carcinom in situ, pe baza următoarelor documente:

- raportul histopatologic efectuat în urma biopsiei, care confirmă diagnosticul de carcinom in situ;
- raportul medicului specialist (oncolog, ginecolog, chirurg, neurochirurg etc.) care confirmă diagnosticul sau copia biletului de externare;
- copia fișei medicale din evidența medicului de familie care confirmă istoricul medical - fiecare pagină trebuie să fie numerotată, parafată și semnată în original, pentru conformitate;
- alte documente medicale solicitate de Asigurător pentru a confirma istoricul medical, data apariției primelor simptome ale afecțiunii și data diagnosticării.

3.4. Asigurarea suplimentară rămâne în vigoare și după plata indemnizației de asigurare pentru acest eveniment asigurat, atât timp cât primele de asigurare aferente contractului continuă să fie plătite.

3.5. Dacă se întâmplă un alt eveniment asigurat ce constă în diagnosticarea cu carcinom in situ, Asiguratul trimite un nou raport de la medicul specialist care confirmă noul diagnostic, raportul histopatologic și testul de imunohistochimie care stabilește un nou carcinom primar diferit de cel diagnosticat anterior.

2. Diagnosticarea cu cancer

3.6. Cancerul reprezintă o tumoră malignă caracterizată prin creșterea necontrolată a celulelor maligne care invadează și distrug țesuturile din jur. Termenul de cancer se referă la mai multe tipuri de boli, inclusiv leucemia, limfomul, sarcomul și boala Hodgkin.

3.7. Diagnosticul de cancer implică un tratament chirurgical, radioterapeutic sau/ și polichimioterapeutic. Diagnosticul trebuie confirmat printr-un raport histopatologic în cazul tumorilor solide sau prin alte investigații specifice care să evidențieze prezența celulelor maligne de către un medic specialist (anatomopatolog/hematolog/imunolog).

Termenul de cancer nu include:

- toate tumorile cu descriere histologică de tip benign, premalign, borderline, cu potențial malign redus sau non - invazive;
- toate formele de cancer de piele, cu excepția melanomului malign, începând cu stadiul 1;
- orice tumoră malignă în stadiul in situ cu excepția carcinomului in situ, așa cum este definit la punctul 1, de mai sus;
- Policitemia Vera.



3.8. Indemnizația de asigurare pentru acest eveniment asigurat **va fi plătită o singură dată pe durata de valabilitate a asigurării** și va acoperi **100% din suma asigurată** aferentă asigurării suplimentare pentru diagnosticarea cancerului.

3.9. Indemnizația de asigurare va fi plătită pe baza următoarelor documente:

- raportul medicului specialist (oncolog, hematolog, ginecolog, chirurg, neurochirurg etc.) care stabilește diagnosticul sau copia biletului de externare;
- examenul histopatologic și testele imunohistochimice care confirmă diagnosticul și stadializarea;
- copia fișei medicale din evidența medicului de familie care confirmă istoricul medical - fiecare pagină trebuie să fie numerotată, parafată și semnată în original, pentru conformitate;
- alte documente medicale cerute de Asigurător cu privire la istoricul medical, data apariției primelor simptome ale afecțiunii și data diagnosticării.

3.10. După plata acestei indemnizații, asigurarea suplimentară încetează, fără a se mai despăgubi ulterior alte indemnizații sau beneficii pentru efectuarea investigațiilor medicale și fără obligația Contractantului de a mai plăti prime aferente asigurării suplimentare.

3. Beneficiul suplimentar

3.11. Beneficiul se referă la efectuarea investigațiilor medicale pentru diagnosticarea carcinomului in situ sau a cancerului (denumit în continuare Beneficiu).

3.12. Beneficiul poate fi solicitat doar după efectuarea următoarelor investigații medicale pentru a confirma sau infirma diagnosticul de cancer sau carcinom in situ, 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.

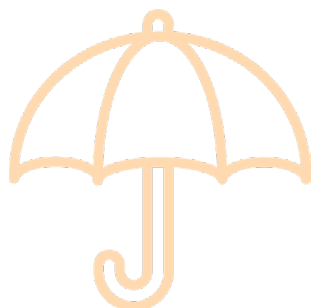
3.13. Beneficiul constă în **plata unei sume echivalente cu 80% din valoarea costului achitat de Asigurat** pentru investigațiile enumerate, în limitele acceptate de Asigurător. Pentru a primi Beneficiul, valoarea costurilor achitate de Asigurat trebuie să fie de cel puțin 650 de lei și cel mult 25.000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

3.14. 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 condiții 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.

3.15. 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-asigurari**.

3.16. 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, oncologie, hematologie, chirurgie, ginecologie, neurochirurgie, etc.) cu descrierea simptomatologiei clinice și rezultatele investigațiilor medicale de rutină (test Babeș-Papanicolau, test HPV, PSA, ecografii, analize de sânge etc.) care să susțină necesitatea medicală a efectuării investigațiilor enumerate mai sus;



- copii ale facturilor cu care au fost plătite procedurile de efectuare a puncțiilor, a biopsiilor, a investigațiilor (pot fi mai multe facturi);
- bonurile fiscale ce atestă achitarea facturilor.

3.17. Pentru a stabili Beneficiul care va fi plătit, se vor lua în calcul costul procedurilor medicale ce constau în puncție și 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 costul spitalizării, al intervenției chirurgicale prin care este excizată tumora sau organul afectat și costul testelor imunohistochimice.

3.18. Plata Beneficiului poate fi solicitată chiar dacă investigațiile efectuate nu au confirmat diagnosticul de cancer sau carcinom in situ.

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 Contractantul 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 dată. Asigurarea suplimentară intră în vigoare la data aniversării contractului de asigurare, dacă sunt îndeplinite toate condițiile de mai jos:
 - prima aferentă 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. Repunerea în vigoare se va face în conformitate cu prevederile articolelor din condițiile generale ale contractului de asigurare referitoare la repunerea contractului în vigoare. Asigurarea suplimentară va intra în vigoare începând cu ziua imediat următoare plății primelor de asigurare restante.



Art. 6. Care sunt informațiile despre plata primei de asigurare?

6.1. Primele de asigurare pentru asigurarea suplimentară se plătesc în aceeași monedă ca și 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. Asigurarea suplimentară în caz de diagnosticare cu cancer are o perioadă de așteptare de 90 de zile calendaristice consecutive în care evenimentul asigurat nu este acoperit.

7.2. Perioada de așteptare se calculează astfel:

- (a) de la data încheierii cererii de asigurare atunci când asigurarea suplimentară a fost contractată în același timp cu contractul de asigurare;
- (b) de la data începerii valabilității asigurării suplimentare atunci când asigurarea suplimentară a fost contractată după încheierea contractului de asigurare;
- (c) de la data majorării sumei asigurate pentru diferența de sumă asigurată majorată.

7.3. Beneficiul suplimentar are o perioadă de așteptare de 90 de zile calendaristice consecutive, interval în care Asigurătorul nu va plăti Beneficiul pentru efectuarea investigațiilor medicale care au loc în această perioadă.

7.4. Perioada de așteptare se calculează astfel:

- (a) de la data încheierii cererii de asigurare atunci când asigurarea suplimentară a fost contractată în același timp cu contractul de asigurare;
- (b) de la data începerii valabilității asigurării suplimentare atunci când asigurarea suplimentară a fost contractată după încheierea contractului de asigurare.

Art. 8. Cum se plătește indemnizația de asigurare?

8.1. Evenimentele asigurate prin asigurarea suplimentară în caz de diagnosticare cu cancer 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 Asiguratul este diagnosticat cu carcinom în situ sau cu cancer pe perioada de valabilitate a asigurării suplimentare, Asigurătorul va plăti Asiguratului indemnizația de asigurare conform condițiilor de asigurare din acest document. Dacă evenimentul asigurat este urmat de plata indemnizației de asigurare, primele de asigurare plătite de Contractant, aferente prezentei asigurări suplimentare și încasate după data producerii evenimentului asigurat, vor fi returnate Contractantului, fără dobândă.

8.3. Beneficiarul asigurării suplimentare pentru diagnosticarea cancerului este Asiguratul. În cazul în care acesta decedează în urma diagnosticării cu cancer sau cu carcinom în situ, 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. Asigurătorul trebuie notificat în scris, prin aplicația NN Direct sau la adresa de email asigurari@nn.ro sau prin serviciile poștale sau de curierat.

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

8.6. Asigurătorul decide valoarea indemnizației de asigurare în funcție de investigațiile făcute și numai după ce se confirmă producerea evenimentului asigurat. Indemnizația de asigurare este plătită în termen de **30 de zile de la momentul în care dosarul de daună este depus la Asigurător și este complet.**

8.7. Dacă Asigurătorul nu primește documentele medicale necesare pentru evaluarea evenimentului asigurat în termen de 90 de zile calendaristice, Asigurătorul 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, Asigurătorul 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?

Indemnizația de asigurare nu este plătită de Asigurător dacă:

- (a)** indemnizația de asigurare pentru diagnosticare nu se încadrează în definițiile carcinomului în situ și/sau a cancerului, descrise în capitolul „Ce acoperă asigurarea și cum se plătește indemnizația de asigurare”, alineatele 1 și 2;
- (b)** există afecțiuni 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)** există o afecțiune care a cauzat evenimentul asigurat și care a survenit ca urmare a agravării unei afecțiuni pre-existente datei semnării cererii de asigurare și nedeclarată în cererea de asigurare;
- (d)** diagnosticarea carcinomului în situ sau a cancerului și efectuarea investigațiilor medicale pentru investigarea carcinomului în situ sau a cancerului sunt efectuate în perioada de așteptare de 90 de zile;
- (e)** investigațiile medicale efectuate pentru diagnosticarea carcinomului în situ sau a cancerului nu sunt printre cele enumerate în capitolul „Beneficiul suplimentar”. În cazul decesului Asiguratului în perioada de așteptare, Asigurătorul nu este obligat să plătească indemnizația de asigurare;



- (f) Contractantul și/sau Asiguratul furnizează declarații false sau informații incomplete, situație în care Asigurătorul nu plătește 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;
- (g) documentele depuse de Contractant și/sau Asigurat cu privire la evenimentul asigurat produs sau la solicitarea Beneficiului suplimentar prezintă semne de alterare (spre exemplu, dar fără a se limita la: ștersături, modificări, completări). În acest caz, Asigurătorul își rezervă dreptul să suspende plata indemnizației de asigurare și a Beneficiului suplimentar și să facă propriile investigații cu privire la condițiile producerii evenimentului asigurat. În funcție de rezultatul acestor investigații, Asigurătorul poate solicita Contractantului și/sau Asiguratului informații și documente suplimentare cu privire la producerea evenimentului asigurat sau poate refuza plata indemnizației de asigurare.

Art. 10. Cum poate fi modificată suma asigurată?

10.1. 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.

10.2. 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.

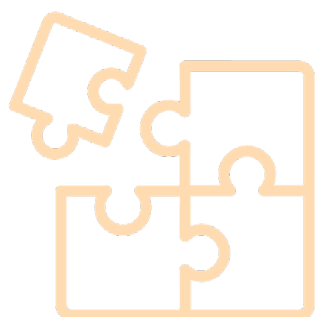
10.3. **Contractantul are dreptul să reducă suma asigurată în orice moment, începând cu al doilea an contractual.** Noua sumă asigurată nu poate fi mai mică decât suma asigurată minimă stabilită de către Asigurător aplicabilă la data reducerii. Reducerea sumei asigurate determină, în același timp, și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

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

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

Art. 11. Ce este protecția împotriva inflației?

11.1. Pentru protecția împotriva inflației, Contractantul asigurării poate să crească suma asigurată pentru asigurarea suplimentară **cu puțin 20 de zile înainte de fiecare aniversare a datei de încheiere a cererii de asigurare**. Creșterea sumei asigurate prin alegerea unuia dintre procente 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 creșterea 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. Ce înseamnă indemnizația de maturitate?

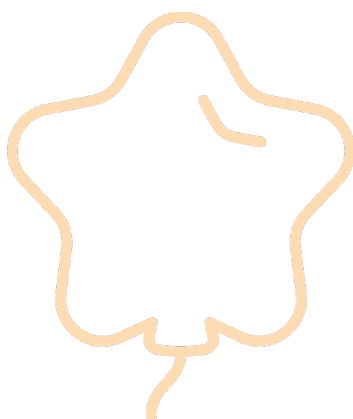
12.1. Indemnizația de maturitate este acordată dacă, până la data expirării duratei asigurării suplimentare, **nu a fost despăgubit niciun eveniment asigurat și dacă nu există nicio restanță la plata primelor la data expirării asigurării suplimentare.** Cu cel mult 60 de zile înainte de data de expirare 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.

12.2. După ce Asigurătorul a plătit indemnizația de maturitate, Asiguratul poate solicita indemnizații 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. 13 Când încetează asigurarea suplimentară?

Asigurarea suplimentară **încetează în următoarele situații:**

- (a) în condițiile prevăzute la art. 7 al condițiilor contractuale generale ale contractului de asigurare;
- (b) la data expirării duratei asigurării suplimentare, menționate în polița 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 prima aniversare a contractului, după împlinirea vârstei de 65 de ani de către Asigurat;
- (g) la data decesului Asiguratului;
- (h) după refuzul acordării indemnizației de asigurare în cazul unui eveniment asigurat ce constă în diagnosticarea cu cancer sau cu carcinom in situ produs în perioada de așteptare. În acest caz, Asigurătorul va rezilia unilateral prezenta asigurare suplimentară și va plăti prima nefolosită;
- (i) în urma producerii evenimentului asigurat ce constă în diagnosticarea cu cancer pentru care se plătește indemnizația de asigurare. Data încetării este data producerii evenimentului asigurat.



Art. 14. Alte aspecte importante

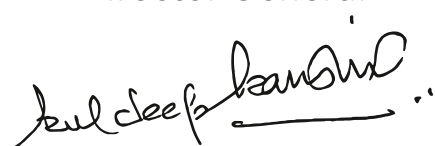
14.1. Toate plățile la care Asigurătorul se obligă în conformitate cu prevederile asigurării suplimentare se fac în lei și conform legislației financiar- fiscale în vigoare la data efectuării plăților.

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

14.3. Condițiile specifice ale asigurării suplimentare pentru diagnosticarea cancerului au intrat în vigoare la data de **30.09.2025** și se aplică tuturor asigurărilor suplimentare încheiate după această dată.

Kuldeep Kaushik

Director General



Cătălin Vasile

Director Executiv Vânzări



Ai totul la îndemână direct pe telefon.
Accesează contul tău în aplicația mobilă
NN Direct scanând **codul QR**
sau vizitează **www.nn.ro/nn-direct**
Simplu, rapid, digital.

Art. 15. Anexă

Explicații care ne ajută să înțelegem diagnosticul

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. După prelevarea mostrei, aceasta este trimisă la laboratorul de anatomopatologie pentru examinare microscopică. Această procedură ajută la stabilirea unui diagnostic precis și la planificarea unui tratament adecvat.
Cancerul	Termenul cancer reprezintă un grup de aproape 200 de boli ce afectează diferite părți ale corpului. Toate au o caracteristică comună, înmulțirea și răspândirea necontrolată a unor celule anormale care invadează țesuturile și organele sănătoase. Cancerul este denumit după țesutul sau organul unde s-a declanșat: • cancerele care își au originea în celulele epiteliale, care intră în alcătuirea pielii și mucoaselor se numesc CARCINOAME; • cancerele care își au originea în celulele țesutului conjunctiv, care intră în alcătuirea oaselor, cartilajelor, mușchilor etc. se numesc SARCOAME; • cancerul celulelor sângelui care sunt produse în măduva osoasă se numește LEUCEMIE; • cancerele care încep în sistemul limfatic, o rețea de vase și glande care ajută la lupta împotriva infecțiilor, se numesc LIMFOAME.
Carcinomul in situ	Carcinomul este cel mai frecvent tip de cancer. Se formează în țesutul epitelial al pielii sau în țesuturile care acoperă sau căptușesc organele interne. Carcinomul in situ este o formă de cancer incipient în care celulele canceroase/maligne nu s-au răspândit la celulele sau țesuturile învecinate sănătoase. În termeni medicali, acest lucru înseamnă că celulele canceroase nu au depășit epitelul organului în care au apărut. Histologia reprezintă studiul microscopic al celulelor și țesuturilor. Descrierea histologică se realizează prin examenul histopatologic. Examenul histopatologic este examenul microscopic al țesutului considerat bolnav/al tumorii, în vederea diagnosticării de certitudine al acestuia. De ce nu acoperim orice formă de cancer de piele în stadiu in situ? Această categorie de tumori prezintă un potențial ridicat de recuperare totală și fără șanse de recidivă, iar comparativ cu un carcinom in situ cu situate la nivelul organelor interne sau orice cancer în stadiu avansat costurile de tratament sunt mai mici. În schimb, dacă evoluția tumorii va fi nefavorabilă și va invada alte organe, afecțiunea va fi acoperită de această asigurare suplimentară.
Carcinom primar/ Tumoră primară	Carcinomul, ca orice tumoră malignă apare ca urmare a diviziunii necontrolate a celulelor, determinând apariția unei mase tumorale. Aceste celule de la care pornește diviziunea necontrolată au denumirea de celule primare și ele formează tumora primară. Dintre celulele primare ce formează tumora se pot desprinde celule care pot intra în circulație, însămânțând alte zone, dând naștere unor tumori secundare, numite metastaze. Celulele tumorilor metastatice păstrează tipul celulelor primare din tumorile de proveniență. De exemplu, în tumorile maligne ale colonului pot apărea metastaze, în special în ficat. Aceste tumori metastatice hepatice trebuie diferențiate clar de tumorile primare hepatice, situație în care atitudinea terapeutică diferă. Diferențele trebuie făcute chiar între tumori cu punct de plecare din același organ deoarece există diferențe de prognostic și tratament de la o formă la alta. Pentru această diferențiere se vor face teste imunohistochimice ce vor permite stabilirea exactă a tipului de cancer, în scopul abordării terapeutice optime.
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.
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.



Explicații care ne ajută să înțelegem diagnosticul

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.
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.
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.
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.
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.

