

Condițiile specifice ale asigurării suplimentare de spitalizare în caz de accident NN Silver Care



Tu contezi !

Cuprins

Ce reprezintă acest document?

Ce înseamnă termenii folosiți în condițiile contractului de asigurare?

Ce acoperă asigurarea suplimentară și când începe aceasta?

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

Care sunt informațiile despre plata primelor de asigurare?

Cum se plătește indemnizația de asigurare?

În ce situații nu se plătește indemnizația de asigurare?

Ce documente sunt necesare pentru anunțul evenimentului asigurat?

Ce reprezintă „Beneficiul pentru sănătatea ta” și cum se acordă?

Ce este protecția împotriva inflației?

Cum poate fi modificată suma asigurată?

Când încetează asigurarea suplimentară?

Ce drepturi și obligații au părțile?

Alte aspecte importante



Art. 1. Ce reprezintă acest document?

Acest document reprezintă Condițiile specifice asigurării suplimentare de spitalizare în caz de accident, denumită în continuare asigurarea suplimentară. Acestea sunt parte din contractul de asigurare, împreună cu condițiile contractuale generale ale contractului de asigurare, care sunt valabile și se aplică și condițiilor specifice.

Pentru a beneficia de asigurarea suplimentară, este necesar să încheiați un contract de asigurare NN Silver Care 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:

Accident: Orice întâmplare neașteptată și imprevizibilă care cauzează vătămări corporale imediate din cauza acțiunii unor factori externi și care apare independent de voința Asiguratului

Afecțiune pre-existentă: Orice leziune, boală sau simptomatologia acestora cu care Asiguratul a fost diagnosticat înainte de intrarea în vigoare a acestei asigurări suplimentare

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 se calculează de la data atașării până la prima aniversare a cererii.

Asigurat: Persoana a cărei stare de sănătate constituie obiectul asigurării suplimentare și care este totodată și Contractantul din contractul de asigurare.

Eveniment Asigurat: Spitalizarea suferită de către Asigurat / pe perioada de acoperire a asigurării suplimentare, pentru afecțiuni cauzate direct de un accident.

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

1. **Indemnizația de Spitalizare** – reprezintă suma plătită în cazul unei spitalizări suferite de Asigurat pe perioada de acoperire a asigurării suplimentare.
2. **Indemnizația de asigurare „Beneficiul pentru sănătatea ta”** – reprezintă suma plătită Asiguratului, în condițiile menționate la art. 9 din aceste condiții de asigurare.

Perioada de acoperire a asigurării suplimentare: Începe odată cu intrarea în vigoare a asigurării suplimentare și se termină la data expirării acesteia sau a contractului de asigurare și îndeplinește una dintre următoarele condiții:

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

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



Secție Anestezie și Terapie Intensivă (A.T.I.): O secție a unui spital, specializată în îngrijirea pacienților în stare critică de sănătate, care necesită o monitorizare constantă și tratament pentru menținerea, restabilirea sau înlocuirea minimului unei funcții vitale, prin intermediul unor echipamente medicale adecvate.

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

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

Spital: Instituție sanitară care îndeplinește simultan următoarele criterii:

- funcționează în temeiul legii, în cadrul sistemului medical public sau privat și în condiții de deplină autorizare și/sau acreditare;
- acordă permanent asistență medicală de specialitate (pentru diagnosticul și tratamentul medical sau chirurgical al persoanelor bolnave sau accidentate) prin personal calificat: medici specialiști și asistenți medicali cu diplomă recunoscută și cu drept de exercitare a profesiei;
- dispune de echipamente și instrumente adecvate efectuării procedurilor specifice de diagnostic și tratament;
- ține o evidență clară a pacienților internați, cu menționarea evoluției zilnice și a procedurilor terapeutice care se execută pentru fiecare pacient.

Nu sunt considerate spitale:

- instituțiile destinate îngrijirii alcoolicilor sau persoanelor dependente de droguri;
- sanatoriile (balneo-climaterice, TBC, recuperare neuro-psihomotorie);
- instituțiile pentru tratarea bolilor psihice;
- instituțiile de reabilitare;
- azilele pentru bătrâni.

Suma asigurată: Suma stabilită de Contractant pe baza căreia se calculează indemnizația de asigurare. Suma asigurată va respecta limitele în vigoare stabilite de Asigurător.

Zi de Spitalizare: Intervalul de 24 ore petrecut de către Asigurat în spital.

Prima zi de spitalizare, care începe la ora de internare a Asiguratului, odată cu luarea în evidență ca atare a acestuia de către spital și se termină la orele 24:00 ale aceleiași zile, este calculată ca o zi de spitalizare întreagă. Ultima zi de spitalizare care începe la ora 0:00 și se termină la momentul externării se consideră o zi de spitalizare întreagă.

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

Art. 3. Ce acoperă asigurarea suplimentară și când începe aceasta?

3.1. Această asigurare suplimentară acoperă spitalizările în caz accident suferite de către Asigurat.



3.2. În funcție de momentul în care Contractantul a atașat asigurarea suplimentară, aceasta intră în vigoare:

- (a) La data încheierii cererii inițiale**, în cazul în care Contractantul a ales să atașeze această asigurare suplimentară odată cu încheierea contractului de asigurare;
- (b) La data următoarei scadențe de plată a contractului de asigurare**, dacă Contractantul a ales să atașeze această asigurare suplimentară oricând în timpul perioadei contractuale;
- (c) La data aniversării contractului de asigurare**, dacă Contractantul a ales să atașeze această asigurare suplimentară la această dată. Asigurarea suplimentară poate fi atașată contractului de asigurare la aniversarea acestuia dacă sunt îndeplinite toate condițiile de mai jos:
 - Contractantul a optat pentru această asigurare suplimentară în perioada pre-aniversară a contractului de asigurare;
 - Contractul de asigurare este achitat până la data aniversării acestuia;
 - Asigurătorul a evaluat și acceptat riscurile aferente asigurării suplimentare.

În acest caz, asigurarea suplimentară intră în vigoare la data aniversării contractului de asigurare.

- (d) La 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 și ulterior este repus în vigoare, asigurarea suplimentară intră în vigoare începând cu ziua imediat următoare plății primelor de asigurare restante.

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

4.1. Limitele de vârstă pentru care Asiguratul poate beneficia de această asigurare suplimentară sunt următoarele:

	Vârstă minimă de intrare	Vârstă maximă de intrare	Vârstă maximă de ieșire
Asigurat	55 ani	75 ani	80 ani

4.2. Durata de contractare a asigurării suplimentare este egală cu durata contractului de asigurare la care este atașată asigurarea suplimentară, dar nu poate fi mai mică de 5 ani.

Art. 5. Care sunt informațiile despre plata primelor de asigurare?

5.1. Primele de asigurare pentru asigurarea suplimentară se plătesc în aceeași monedă ca și primele eşalonate pentru contractul de asigurare, respectând frecvența și modalitatea de plată stabilite în contractul de asigurare.

5.2. Primele se plătesc pe întreaga durată de valabilitate a asigurării suplimentare.

5.3. Primele se calculează în funcție de suma asigurată.

5.4. Pe durata asigurării suplimentare, Asigurătorul își rezervă dreptul să modifice prima de asigurare atunci când există o variație semnificativă a ratei de daună de la ultima modificare a primelor de asigurare. Rata de daună reprezintă raportul dintre daunele plătite și primele înregistrate pentru această asigurare suplimentară. Modificările se aplică începând cu data aniversară a contractului de asigurare.



Art. 6. Cum se plătește indemnizația de asigurare?

- 6.1.** Indemnizația de spitalizare poate fi plătită numai dacă evenimentul asigurat, respectiv spitalizarea Asiguratului cauzată de accident, a avut loc în timpul perioadei de acoperire a asigurării suplimentare, conform condițiilor contractuale.
- 6.2.** Indemnizația de spitalizare este acordată Asiguratului și se calculează prin înmulțirea sumei asigurate cu numărul de zile de spitalizare. Această asigurare suplimentară acoperă un număr nelimitat de zile de spitalizare, pentru fiecare persoană asigurată în parte.
- 6.3.** La fiecare perioadă de spitalizare a Asiguratului primele 2 zile de spitalizare din perioada acoperită nu sunt despăgubite de Asigurător.
- 6.4.** Numărul de zile de spitalizare ale Asiguratului într-o secție de Anestezie și Terapie Intensivă se va dubla, iar indemnizația de spitalizare se va plăti în consecință. Nu se va dubla numărul de zile de spitalizare în cadrul unei secții de Anestezie și Terapie Intensivă pentru spitalizarea pentru preanestezie.
- 6.5.** În cazul decesului Asiguratului în timpul Spitalizării, indemnizația de asigurare aferentă asigurării suplimentare este plătită beneficiarilor desemnați în Contractul de asigurare sau moștenitorilor legali în cazul în care nu au fost desemnați beneficiari.
- 6.6.** Acoperirea oferită de această asigurare suplimentară este valabilă atât pe teritoriul României, cât și în afara acestuia.
- 6.7.** Dacă evenimentul asigurat s-a produs pe parcursul unei perioade de 5 ani pentru care s-a acordat „Beneficiul pentru sănătatea ta”, dar a fost anunțat după plata de către Asigurător a „Beneficiului pentru sănătatea ta”, indemnizația de spitalizare va fi redusă cu suma achitată Asiguratului ca „Beneficiu pentru sănătatea ta”.

Art. 7. În ce situații nu se plătește indemnizația de asigurare?

- 7.1. Asigurătorul nu acoperă riscul producerii Evenimentului asigurat în următoarele situații:**
- (a) Contractul nu este achitat la zi și este ieșit din perioada de grație de 30 de zile la data evenimentului asigurat constând în spitalizare;
 - (b) Afecțiunea pentru care a fost necesară spitalizarea Asiguratului nu este cauzată direct de un accident;
 - (c) Afecțiunea pentru care a fost necesară spitalizarea Asiguratului este cauzată direct de un accident produs anterior intrării în vigoare a asigurării suplimentare;
 - (d) Spitalizarea Asiguratului a survenit ulterior expirării unui termen de un an de la data producerii accidentului;
 - (e) Spitalizarea Asiguratului a survenit ca urmare a agravării, prin accident, a unei afecțiuni preexistente acestuia;
 - (f) În cazul spitalizării pentru tratamente cosmetice și estetice, plastice și reparatorii (cu excepția cazurilor rezultate în urma unui accident petrecut în perioada asigurată);
 - (g) În cazul spitalizării pentru tratamente sau alte proceduri care modifică sau îmbunătățesc aspectul (de exemplu, tatuaje - inclusiv îndepărtarea unor tatuaje existente pe corp, piercing, tratamente pentru reîntinerire);
 - (h) În cazul spitalizării pentru tratamentul tulburărilor de vedere (miopia, hipermetropia, presbiopia etc.) cu excepția celor cauzate de un accident produs în perioada asigurată;



- (i) În cazul spitalizării pentru tratamentul anomaliilor congenitale și/sau afecțiuni consecutive acestora;
- (j) Intervenții chirurgicale de stomatologie, pedodonție, ortodonție, protetică, chirurgie BMF adresată dentiției și, alveolelor dentare, cu excepția celor cauzate direct și imediat de un accident produs în perioada asigurată;
- (k) Spitalizarea pentru tratamentul avortului provocat;
- (l) Spitalizarea pentru donare de organe.

7.2. Asigurătorul nu acoperă riscul de spitalizare a Asiguratului în cazul în care spitalizarea a fost cauzată direct sau indirect de:

- (a) încercări de suicid sau de acțiuni de auto-vătămare, automutilare;
- (b) o boală infecțioasă, indiferent de modul de transmitere;
- (c) participarea Asiguratului la acțiuni hazardate (acțiuni periculoase sau efectuate cu încălcarea prevederilor legale), sporturi sau activități ce implică riscuri serioase cum ar fi, spre exemplu: planorismul, acrobația, cascadoria, speologia etc. nedeclarate în cererea de asigurare sau neaduse la cunoștința Asigurătorului.

7.3. Totodată, Asigurătorul nu acoperă riscul de spitalizare a Asiguratului în cazul în care Accidentul a fost cauzat direct sau indirect de:

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

7.4. În cazul în care Asiguratul nu furnizează Asigurătorului toate documentele solicitate și toate informațiile legate de vătămarea corporală care a necesitat spitalizarea, indemnizația de asigurare nu va fi plătită.

Art. 8. Ce documente sunt necesare pentru anunțul evenimentului asigurat?

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

8.2. Asigurătorul trebuie notificat de producerea evenimentului asigurat în scris, prin aplicația NN Direct, sau la adresa de email **asigurari@nn.ro** sau prin serviciile poștale sau de curierat.

8.3. Documentele necesare evaluării evenimentului asigurat sunt următoarele :

- (a) copie după actul de identitate al Asiguratului: carte de identitate/ pașaport cu specificația domiciliului pe teritoriul României – pentru cetățenii români sau pentru cetățenii străini - copia unui document de identitate din țara de origine și un document care să ateste stabilirea rezidenței în România;
- (b) copia fișei de consultații medicale întocmită de către medicul de familie - fiecare pagină trebuie să fie numerotată, parafată și semnată în original, pentru conformitate;
- (c) istoric medical care să cuprindă data apariției primelor simptome ale afecțiunii și data diagnosticării inițiale ale acesteia (document emis de medicul curant);
- (d) documente emise de către autoritățile competente, care să ateste împrejurările producerii accidentului;



- (e) copia completă a foii de observație din spital a Asiguratului;
- (f) biletul de ieșire din spital în original;
- (g) certificat de analiză toxicologică a Asiguratului în cazul în care aceasta a fost impusă prin lege;
- (h) în cazul producerii evenimentului asigurat în afara teritoriului României, documentele transmise vor fi cele menționate la lit. a-c și copii traduse în limba română și legalizate ale documentelor de la lit. d-h de mai sus sau ale oricăror alte documente emise de către autorități legal competente, care să ateste împrejurările producerii accidentului. Asigurătorul cere aceste documente și informații pentru a stabili legalitatea plății sau pentru a determina nivelul indemnizației.

8.4. Asiguratul are obligația să anunțe evenimentul asigurat, imediat după producerea lui, în termen de 10 zile de la externare.

Anunțul se face prin trimiterea „Formularului de anunț al evenimentului asigurat Spitalizare/Intervenție chirurgicală”, semnat de Asigurat, însoțit de documentele care atestă producerea evenimentului menționat în formular. Asiguratul poate obține informații detaliate referitoare la procedura de evaluare a evenimentului asigurat apelând la numărul de telefon sau adresa de email furnizate de către Asigurător.

8.5. Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita și alte documente, pentru a stabili valabilitatea solicitării și indemnizația de asigurare.

8.6. Dacă Asiguratul sau beneficiarul/ moștenitorii legali, refuză să furnizeze documentele solicitate de către Asigurător în termen de 60 de zile, acesta poate refuza plata indemnizației de asigurare dacă fără aceste documente nu se pot stabili cauza, modul de producere și urmările evenimentului asigurat.

8.7. Evaluarea evenimentului asigurat Asiguratului va fi finalizată în funcție de primirea la timp a tuturor documentelor solicitate. Indemnizația de spitalizare va fi plătită în termen de 30 de zile de la momentul finalizării investigațiilor.

8.8. Plata indemnizației de asigurare se va face pe teritoriul României, în lei și conform legilor aplicabile privind impozitele și taxele, în vigoare la data plății.

Art. 9. Ce reprezintă „Beneficiul pentru sănătatea ta” și cum se acordă?

9.1. „Beneficiul pentru sănătatea ta” este indemnizația oferită Asiguratului dacă sunt îndeplinite următoarele condiții:

- (a) contractul, inclusiv asigurarea suplimentară, sunt plătite la împlinirea a 5 ani consecutivi de asigurare suplimentară;
- (b) în perioada respectivă de 5 ani de asigurare nu s-a despăgubit niciun eveniment asigurat aferent asigurării suplimentare.

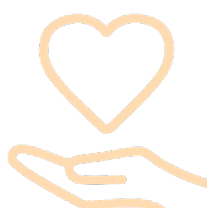
9.2. Cum se calculează perioada de 5 ani de acoperire?

Prima perioadă de 5 ani începe la data intrării în vigoare a asigurării suplimentare și se încheie la împlinirea primilor 5 ani aferenți asigurării suplimentare.

Perioada următoare de cinci ani se va calcula fie de la finalizarea perioadei anterioare de cinci ani fără despăgubire, fie de la aniversarea de după spitalizarea despăgubită.

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

„Beneficiul pentru sănătatea ta” se calculează în funcție de primele achitate pentru Asigurat până la momentul calculului indemnizației, după cum urmează: 30% din suma primelor plătite de Contractant și încasate de Asigurător pentru prezenta asigurare.



Calculul indemnizației se realizează fie la împlinirea a 5 ani fără despăgubire, fie de la aniversarea de după spitalizarea despăgubită

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

- (a) În cazul decesului Asiguratului, dacă decesul a intervenit anterior împlinirii perioadei de 5 ani;
- (b) În cazul rezilierii asigurării suplimentare, dacă rezilierea s-a procesat anterior împlinirii perioadei de 5 ani.

Art. 10. Ce este protecția împotriva inflației?

10.1. Pentru protecția împotriva inflației, Asiguratorul va crește suma asigurată pentru asigurarea suplimentară la fiecare aniversare a datei de încheiere a cererii de asigurare cu un procent fix stabilit de Asigurator de adaptare la inflație, în valoare de 3%.

Creșterea sumei asigurate prin procentul de creștere stabilit de către Asigurator duce la o creștere a beneficiului, și, implicit a primei de asigurare.

10.2. Prima de asigurare va crește în conformitate cu principiile standard ale matematicii actuariale.

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

Art. 11. Cum poate fi modificată suma asigurată?

Pe durata asigurării suplimentare, Contractantul nu poate să crească sau să diminueze suma asigurată.

Art. 12. Când încetează asigurarea suplimentară?

12.1. Asigurarea suplimentară încetează în următoarele situații:

- (a) la data expirării duratei asigurării suplimentare, prevăzută în polița de asigurare;
- (b) în condițiile prevăzute la Art. 7 al condițiilor contractuale generale ale contractului de asigurare;
- (c) la prima aniversare a contractului, după împlinirea vârstei de 80 de ani de către Asigurat;
- (d) la data decesului Asiguratului;
- (e) la data încetării contractului de asigurare la care a fost atașată asigurarea suplimentară;
- (f) la data la care Asiguratul este încadrat într-o invaliditate de gradul I sau II din boală sau accident, într-o invaliditate de gradul III din accident conform prevederilor legislative în vigoare privind criteriile și normele de încadrare în grade de invaliditate sau într-un grad de handicap grav în conformitate cu prevederile legislative în vigoare privind criteriile și normele de încadrare în grade de invaliditate și/sau handicap;
- (g) la cererea expresă a Contractantului asigurării sau a Asiguratului.

12.2. Asigurarea suplimentară nu are valoare de răscumpărare (parțială sau totală) sau participare la profit. Asiguratorul nu are nicio obligație de plată în cazul încetării asigurării suplimentare.



Art. 13. Ce drepturi și obligații au părțile?

13.1. Asiguratul are dreptul de a încasa indemnizația de spitalizare sau Beneficiul pentru Sănătatea ta, dacă sunt îndeplinite condițiile de acordare ale acestora.

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

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

13.3. Asiguratul trebuie să informeze Asigurătorul despre orice schimbare care intervine în ocupație, sporturile sau hobby-urile periculoase practicate și țara de reședință. În astfel de cazuri, Asigurătorul are dreptul de a modifica unilateral condițiile de acoperire contractuală pentru evenimentul asigurat sau de a rezilia unilateral asigurarea suplimentară.

Art. 14. Alte aspecte importante

Prezentele condiții specifice ale asigurării suplimentare de spitalizare în caz de accident sunt aplicabile de la data de **07.11.2025** și se vor aplica 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.