

Condițiile generale ale contractului de asigurare de sănătate Premium Care Abroad (Tratament Boli Grave în Străinătate)



Tu contezi !

Nume

Semnătura

Data primirii

____|____|____|____|____|

Cuprins

Cui se adresează asigurarea de sănătate Premium Care Abroad?

Care sunt bolile grave acoperite de asigurarea de sănătate Premium Care Abroad?

Ce beneficii acoperă asigurarea Premium Care Abroad și în ce condiții?

Diagnosticarea cu boli grave

A doua opinie medicală

Tratamentul bolilor grave în străinătate

Cheltuieli medicale

Cheltuielile de repatriere în România

Indemnizația zilnică de spitalizare în străinătate

Cheltuieli suplimentare în străinătate

Medicină de Precizie/Medicină Personalizată

Cheltuieli post tratament în străinătate, la revenirea în România

Cheltuieli cu medicația post tratament în străinătate, la revenirea în România

Cheltuieli cu supravegherea medicală post tratament în străinătate, la revenirea în România

Ce beneficii nu acoperă asigurarea Premium Care Abroad și în ce condiții?

Cum pot fi accesate beneficiile în caz de eveniment asigurat?



Ce informații sunt importante pentru derularea contractului?

Documente contractuale

Suma asigurată și prețul asigurării

Încheierea contractului de asigurare, intrarea în vigoare și reînnoirea

Încheierea contractului

Intrarea în vigoare a contractului

Reînnoirea contractului

Plata primelor de asigurare

Întârzierea plății primelor de asigurare și repunerea în vigoare a contractului

Posibile modificări în perioada contractuală

Încetarea și expirarea contractului de asigurare și a răspunderii Asigurătorului

Declarații false sau incomplete

Actualizare informații

Alte aspecte importante

Care este definiția termenilor utilizați mai sus?



Introducere

Misiunea noastră: susținem oamenii să aibă grijă de ce contează cel mai mult pentru ei

NN Asigurări de Viață face parte din NN Group, lider în domeniul serviciilor financiare cu istorie amplă și prezență puternică în 11 țări, și **primul asigurător de viață internațional care a intrat pe piața din România**, în 1997. De atunci, NN Group s-a extins în România și pe segmentele pensiilor private, asigurărilor de sănătate și asigurărilor generale.

Suntem mereu alături de clienții noștri, asigurându-le suport și protecție financiară prin cele mai bune servicii, experiențe excelente încă de la prima interacțiune și plata rapidă a daunelor. Prin tot ceea ce facem avem grijă să ne respectăm angajamentele față de clienți.

Cum putem fi contactați?

Clienții noștri sunt mereu pe primul loc și suntem la dispoziția lor oricând au nevoie de mai multe informații despre produsele și serviciile noastre. Putem fi contactați:

- **în call center**, la numărul 021 9464, de luni până vineri între 9:00 și 17:30;
- **prin email**, la adresa asigurari@nn.ro;
- **pe rețelele noastre de socializare** Facebook, Instagram, LinkedIn, unde cei care ne urmăresc pot găsi oferte, noutăți și informații utile;
- **la sediile NN**. Suntem mereu deschiși la vizite din partea clienților în cel mai apropiat sediu NN, de luni până vineri între 9:00 și 17:30;

Ce mai este important de știut?

Acest document conține informațiile generale specifice asigurărilor de sănătate precum și informații specifice asigurării Premium Care Abroad, informații importante pentru buna desfășurare a contractului de asigurare. El oferă detalii despre cum funcționează, ce acoperă, ce nu acoperă și care sunt beneficiile asigurării, precum și despre drepturile și obligațiile Asiguratului și/sau Contractantului. Parcurgerea atentă a acestui contract înainte de semnare este un pas foarte important.

Definițiile termenilor utilizați în condițiile de asigurare Premium Care Abroad se regăsesc în Art. 8, termenii fiind prezentați în ordine alfabetică pentru ușurința accesării.

Parcurgerea atentă a acestui contract înainte de semnare este un pas foarte important.

Art. 1. Cui se adresează asigurarea de sănătate Premium Care Abroad?

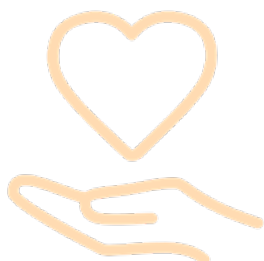
Premium Care Abroad este un produs de asigurare de sănătate **disponibil exclusiv** persoanelor cu vârsta cuprinsă între **1 zi și 64 de ani** și cu **rezidența permanentă pe teritoriul României** (indiferent de cetățenie).

Evaluarea eligibilității se face prin **cererea de asigurare** care verifică existența interesului asigurabil și criteriile esențiale de eligibilitate precum datele legate de rezidență și informațiile medicale.

În urma evaluării riscurilor, Asigurătorul are dreptul să preia în asigurare sau să refuze preluarea în asigurare. Intrarea în asigurare este definită în Art. 6.3.

Declarațiile false sau incomplete (descrise în Art. 6.8) la momentul intrării în asigurare sau nerespectarea obligațiilor de actualizare a informațiilor (descrise în Art. 6.9) dau dreptul Asigurătorului de a nu plăti indemnizația de asigurare și/sau de a înceta contractul.

O dată intrat în asigurare, Asiguratul continuă să beneficieze de poliță **până la vârsta de 85 de ani**, atâta timp cât plătește primele, sau până când intervine un alt eveniment cuprins în Art 6.7, când contractul de asigurare se încheie.



Minorii pot avea calitatea de Asigurat Premium Care Abroad fără condiționare ca părintele sau tutorele să fie Asigurat Premium Care Abroad.

O persoană poate avea calitatea de Asigurat într-un singur contract de asigurare de sănătate Premium Care Abroad.

Într-un contract de asigurare de sănătate Premium Care Abroad pot fi până la 10 (zece) Asigurați, în același timp.

Art. 2. Care sunt bolile grave acoperite de asigurarea de sănătate Premium Care Abroad?

Premium Care Abroad acoperă următoarele tipuri de evenimente, grupate pe **4 Module de boli grave**, astfel:

1. Cancerul:

- Orice tumoare malignă inclusiv leucemia, sarcomul și limfomul, caracterizată prin înmulțirea necontrolată și răspândirea celulelor maligne și invadarea țesuturilor normale;
- Orice cancer in-situ care este limitat la epiteliul de unde a fost generat și nu a invadat cavitatea și țesuturile înconjurătoare;
- Orice modificare celulară pre-canceroasă care este clasificată citologic și histologic cu risc mare sau sever de displazie.

Sunt excluse următoarele forme de cancer:

- Orice tumoare în prezența SIDA (Sindromul imunodeficienței umane dobândite);
- Orice formă de cancer de piele care nu este clasificată ca melanom, care nu a fost clasificat histologic ca fiind un cancer de piele care a provocat invazie dincolo de epidermă (stratul exterior al pielii).

2. Chirurgia cardiovasculară:

- Chirurgie by-pass a arterei coronare** (revascularizare miocardică): intervenție chirurgicală efectuată la recomandarea unui cardiolog consultant (definit Art. 8) pentru a corecta îngustarea sau blocarea uneia sau mai multor artere coronare cu grefe by-pass.

Este exclusă: Orice boală coronariană tratată folosind alte tehnici decât by-pass-ul arterelor coronare, cum ar fi orice tip de angioplastie sau chirurgie cu stenturi.

- Înlocuirea sau repararea valvei cardiace:** Înlocuirea sau repararea invazivă a uneia sau mai multor valve cardiace, indiferent dacă aceasta este efectuată prin intervenție chirurgicală toracică deschisă, minim invazivă sau prin tratament cu cateter cardiac la sfatul unui medic cardiolog consultant.

3. Neurochirurgia – chirurgie intra-craniană și specifică pe maduva spinării pentru:

- Orice intervenție chirurgicală asupra creierului sau a oricărei alte structuri intra-craniene (ca de exemplu: extirparea unei tumori pe creier sau a unui chist cerebral, tratarea chirurgicală a unei hemoragii cerebrale, craniotomie pentru tratarea hipertensiunii intra-craniene, terapia durerii de competență neurochirurgicală cum ar fi nevralgie de trigemen care nu răspunde la tratament, epilepsie primară cu indicație de neurochirurgie).
- Tratamentul tumorilor benigne localizate pe măduva spinării (Medulla spinalis).

Sunt excluse: herniile de disc în stadiu neurochirurgical (ca de exemplu, radiculopatie neresponsivă în 8 săptămâni la tratament medical și fizic).

4. Transplantul:

- Transplant de organe de la un donator viu: transplant chirurgical prin care Asiguratul primește un rinichi, un segment de ficat, un lob pulmonar sau o secțiune de pancreas de la un alt donator viu compatibil.



Sunt excluse:

- Orice transplant necesar ca urmare a unei afecțiuni hepatice pe fondul consumului de alcool;
 - Orice auto-transplant (transplantul este de la Asigurat);
 - Orice transplant în care Asiguratul este donator pentru o terță parte (care nu este Asigurat de Poliță);
 - Orice transplant de la un donator în moarte clinică;
 - Orice transplant care necesită un tratament cu celule stem;
 - Orice transplant făcut posibil prin cumpărarea de organe de la donatori.
- b. **Transplant de măduvă osoasă:** Transplantul de măduvă osoasă (BMT) sau transplantul de celule stem din sângele periferic (PBSCT) de celule de măduvă osoasă către Asigurat provenind de la:
- Asigurat (transplant autolog de măduvă osoasă); sau
 - De la un donator compatibil viu (transplant alogen de măduvă osoasă).

Este exclus: transplantul de celule stem hematopoietice (HCT) care utilizează sânge din cordonul ombilical.

Art. 3. Ce beneficii acoperă asigurarea Premium Care Abroad și în ce condiții?

Beneficii acoperite:

Asigurarea de sănătate **Premium Care Abroad** pune la dispoziția Asiguratului **beneficii** sub formă de **indemnizații** sau sub formă de **servicii** și **cheltuieli acoperite, decontate** menite să susțină Asiguratul **pe tot parcursul unei boli grave** (din cele definite în Art. 2), de la suspiciune la diagnostic, tratament în străinătate și urmărire ulterioară.

Asigurarea **Premium Care Abroad** acoperă:

1. **Diagnosticarea** cu bolile grave;
2. **A doua opinie medicală;**
3. **Tratamentul** bolilor grave **doar în străinătate**, în spitale sau instituții medicale specializate din întreaga lume, mai puțin din România, S.U.A., Japonia și Elveția;
4. **Cheltuieli suplimentare** în străinătate;
5. **Medicină de Precizie;**
6. **Cheltuieli post tratament** în străinătate, la revenirea în România.

În plus, Asigurătorul pune la dispoziția Asiguratului **un reprezentant NN dedicat** care oferă suport pentru accesarea beneficiilor acoperite de produsul Premium Care Abroad.

Serviciul de **Diagnosticare** este oferit de Asigurător prin partenerul medical mandatat **Enayati Medical City**, compania Intermedicas Worldwide SRL (numit în continuare **Enayati**) și se efectuează în România.

A doua opinie medicală, Tratamentul bolilor grave doar în străinătate, Medicina de Precizie și Cheltuielile post tratament în străinătate, la revenirea în România sunt oferite de către Asigurător prin partenerul medical mandatat **Further Underwriting International, S.L.U.** (numit în continuare **Further**), partener cu expertiză specifică, atât medicală cât și în derularea proceselor aferente tratamentului bolilor grave în străinătate. Pentru accesarea beneficiilor are loc informarea reprezentantului dedicat în echipa NN de gestionare a daunelor pentru produsul Premium Care Abroad, decizia finală pe diagnostic și procedurile medicale necesare aparținând Further.

Condiții de acordare a beneficiilor:

Beneficiile asigurării Premium Care Abroad se pot accesa când **toate condițiile** de mai jos sunt îndeplinite:

- Boala nu este pre-existentă sau un rezultat al unei condiții medicale pre-existente;
- Boala nu a fost în niciunul din stadiile: în curs de investigare, diagnosticată sau tratată și/sau niciun simptom a fost documentat medical în Perioada de excludere (definită în Art. 8);
- Tratamentul este necesar din punct de vedere medical;

- Beneficiile sunt efectuate în „Perioada de despăgubire aplicabilă Modulului de boli grave” (definită în Art. 8);
- Beneficiile sunt în limita maximă a Sumei Asigurate la nivel de contract prevăzută în Poliță;
- Tratamentul în străinătate este ales din opțiunile puse la dispoziția Asiguratului de Further în conformitate cu Procedura de solicitare a despăgubirilor în procesul de daună, prevăzută în Art. 5;
- Cheltuielile medicale pentru Tratamentul în străinătate sunt acoperite în spitalele-clinicile agreeate mai puțin în România, S.U.A., Japonia și Elveția, cu excepția:
 - Cheltuieli cu medicația post tratament în străinătate, la revenirea în România – descrise în Art. 3.6.1;
 - Cheltuieli cu întreținerea remisiei post tratament în străinătate – descrise în Art. 3.6.2;
 - Tratament efectuat în România, S.U.A., Japonia și Elveția – descris în Art. 3.3.1 ultimul paragraf referitor la forța majoră;
 - Toate cheltuielile pentru procedurile medicale de diagnosticare, tratament, servicii, consumabile, medicație sunt cele descrise în Art. 3.

În limitele condițiilor de mai sus, un Asigurat poate accesa beneficiile poliței Premium Care Abroad pentru una sau mai multe boli din cele acoperite.

3.1. Diagnosticarea cu boli grave

Serviciul de diagnosticare cuprinde :

- **Medic dedicat (Concierge Doctor)** alocat pentru analiza istoricului medical, îndrumarea Asiguratului către consultații/investigații suplimentare necesare stabilirii diagnosticului și suport medical până la diagnosticare;
- **Consultațiile/investigațiile suplimentare** dacă sunt necesare stabilirii diagnosticului, mai puțin PET-CT-uri, teste anatomopatologice și analize genetice. Selecția investigațiilor necesare diagnosticării este în responsabilitatea și decizia Concierge Doctorului.
- **Raportul medical** furnizat de către Concierge Doctor cu diagnosticul final.

Serviciul de diagnosticare poate fi accesat de către Asigurat după ce a trecut Perioada de excludere (definită în Art. 8), în momentul apariției unei **suspiciuni de boală gravă** (din cele definite în Art. 2). Accesarea este descrisă în Art. 5.

Suspiciunea este definită ca existența unui parametru medical modificat, rezultat dintr-o investigație specifică și/sau interpretarea unui medic specialist, astfel:

1. Suspiciune de cancer:
 - Modificări ale markerilor tumorali, susceptibile pentru neoplazii;
 - Existența unei tumori diagnosticate clinic de către un medic specialist sau diagnosticată imagistic (ecografie, mamografie, examen radiologic, RMN, CT, PET-CT de primă intenție);
 - Anomalii hematologice înalt sugestive pentru hemopatie malignă și consult hematologic care recomandă continuarea investigațiilor în direcție hemato-oncologică;
 - Modificări cu aspect patologic susceptibile pentru displazii sau neoplazii în urma consultului medical (adenopatii cu aspect tumoral/non-inflamator, PAP, leziuni de col, leziuni de piele și mucoase).
2. Suspiciune de chirurgie cardiovasculară by-pass, protezare valvulară, valvuloplastie:
 - Ocluzie vasculară semnificativă hemodinamic cu indicație pentru revascularizare miocardică prin by-pass aortocoronarian fără indicație de angioplastie percutană atestată de coronarografie;
 - Durere anginoasă sau echivalente de angină atestate de consult cardiologic și modificări EKG sugestive pentru ocluzie coronariană;
 - Auscultație cardiacă sugestivă pentru valvuloplastie cu sau fără confirmare prin ecografie cord.
3. Suspiciune de neurochirurgie:
 - Existența unei tumori, a unui chist cerebral, a unei hemoragii cerebrale dovedit(ă) prin examen clinic neurologic sau imagistic (CT, Angio RMN, PET-CT - de primă intenție);



- Sindrom de hipertensiune intracraniană dovedit de examen paraclinic și clinic neurologic care să cuprindă simptomatologie specifică și investigații (ca de exemplu: CT/RMN cerebrale, examen fund de ochi) fără criterii de urgență medicală majoră (instalat lent), cu posibilă indicație de craniotomie. Cauza se stabilește în etapa de diagnosticare precum și recomandarea de neurochirurgie.
- Terapia durerii de competență neurochirurgicală (ca de exemplu: nevralgie de trigemen care nu răspunde la tratament): necesită investigație imagistică pentru excluderea existenței unei tumori, plus consult efectuat de medic cu competență în terapia durerii (medic specialist neurolog/ chirurg/ neurochirurg/recuperare medicală/ anestezie-terapie intensivă/ reumatologie/ medicina internă) care să ateste tratamente maximele antialgice. Dacă unul din elemente lipsește, este acoperit în diagnosticare; dacă există, se folosește în diagnosticare, putându-se repeta dacă este medical necesar. În final rezultă un raport medical cu confirmarea epuizării metodelor medicamentoase maximele și indicație de neurochirurgie.
- Epilepsie primară cu indicație de neurochirurgie: necesită consult de specialitate pe baza simptomatologiei și RMN cerebral cu protocol de epilepsie. Dacă unul din elemente lipsește, este acoperit în diagnosticare; dacă există, se folosește în diagnosticare, putându-se repeta dacă este medical necesar. În final rezultă un raport medical care documentează diagnosticul cu indicație de neurochirurgie. Epilepsia simptom a unei tulburări cognitive (definit în Art. 8) nu este acoperită.
- Boala Parkinson cu indicație de neurochirurgie cu raport medical al medicului specialist neurolog care recomandă tratament chirurgical.

4. Suspiciune de transplant:

- Boală cronică renală, hepatică, pulmonară, pancreatică diagnosticată de medicul de specialitate ce are recomandare de transplant;
- Bolile hematologice cu indicația medicului specialist hematolog pentru alotransplant de la donatori compatibil. Transplant autolog bazat pe raport medical al medicului specialist hematolog care recomandă transplantul. Recomandările de transplant trebuie documentate în dosar medical integral inclusiv imagistică.

În urma accesării serviciului de diagnosticare, suspiciunea poate fi infirmată sau confirmată prin diagnosticul de boala gravă. Există însă anumite situații medicale în care diagnosticul nu este concludent confirmat, caz în care Concierge Doctorul recomandă urmărirea în continuare cu o anumită frecvență. În aceste situații, la recomandarea Concierge Doctorului, pe lângă investigațiile inițiale, mai sunt acoperite maxim 2 seturi de investigații în vederea diagnosticării.

3.2. A doua opinie medicală

A doua opinie medicală este un beneficiu opțional care poate fi accesat la cerere de către Asigurat pentru reconfirmarea diagnosticului de boala gravă (din cele definite în Art. 2) și furnizării unui plan de tratament optim. Accesarea beneficiului este definită în Art. 5.

3.3. Tratamentul bolilor grave în străinătate

În cazul diagnosticării cu o boala gravă (din cele definite în Art. 2), Asiguratul are acces la tratament medical în străinătate în limitele condițiilor stabilite în Art. 3.

Sunt acoperite următoarele beneficii:

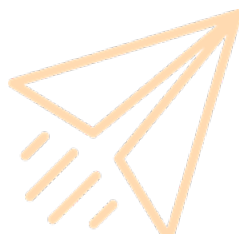
- 3.3.1. Cheltuieli medicale
- 3.3.2. Cheltuieli non-medicale: cheltuielile de repatriere în România
- 3.3.3. Beneficii financiare: Indemnizația zilnică de spitalizare în străinătate

3.3.1. Cheltuieli medicale

Sunt cheltuieli de necesitate medicală pentru tratamentul și procedurile medicale aferente tratării bolii grave acoperite de asigurare și sunt menționate în **Certificatul Medical Preliminar** (definit în Art. 5.15):

- Cheltuielile de spitalizare:
 - Cazarea, mesele și serviciile de asistență medicală generală furnizate în timpul șederii Asiguratului într-o cameră, secție sau salon al spitalului sau într-o unitate de terapie intensivă -ori de monitorizare;

- Alte servicii spitalicești, inclusiv cele furnizate de un departament ambulatoriu al spitalului (inclusiv un traducător medical), precum și cheltuielile legate de costul unui pat suplimentar al unui însoțitor, dacă spitalul oferă acest serviciu;
- Folosirea unei săli din blocul operator și a serviciilor aferente;
- Cheltuieli în clinici de zi sau centre medicale specializate pentru tratamente, dar numai dacă tratamentul, intervenția chirurgicală sau rețeta ar fi fost acoperite în temeiul prezentei asigurări dacă ar fi fost furnizate într-un spital;
- Cheltuieli cu onorariile doctorilor pentru examinări, tratament, îngrijiri medicale, chirurgie, vizite în timpul spitalizării;
- Cheltuieli cu următoarele servicii medicale, tratamente, prescripții:
 - Anestezie și administrarea de anestezice, cu condiția să fie administrate de un medic anestezișt calificat;
 - Analize de laborator, patologice și radiografii pentru pregătirea tratamentului, radioterapie, izotopi radioactivi, chimioterapie, electrocardiograme, ecocardiografii, mielograme, electroencefalograme, angiograme, tomografie computerizată și alte teste și tratamente similare necesare pentru tratamentul unei boli acoperite sau al unei proceduri medicale, atunci când sunt efectuate de un medic sau sub supraveghere medicală;
 - Transfuzii de sânge, administrare de plasmă și ser;
 - Cheltuieli legate de utilizarea oxigenului, aplicarea de soluții intravenoase și injecții;
 - Cheltuieli cu radioterapia: radiațiile de înaltă energie pentru a micșora tumorile și a distruge celulele canceroase prin raze X, raze gamma și particule încărcate sunt tipuri de radiații utilizate pentru tratamentul cancerului, fie eliberate de un dispozitiv aflat în afara corpului (radioterapia cu fascicul extern), sau prin material radioactiv plasat în organism în apropierea celulelor canceroase (radioterapia internă, brahiterapie);
 - Cheltuieli cu chirurgia reconstructivă pentru a repara sau reconstrui o structură deteriorată sau îndepărtată prin procedurile medicale efectuate și plătite prin această Poliță;
 - Cheltuieli cu tratamentul complicațiilor sau efectelor secundare directe asociate cu procedurile medicale efectuate și plătite prin asigurarea Premium Care Abroad care:
 - Necesită asistență medicală imediată într-un spital sau într-un cadru clinic; și
 - Trebuie rezolvate înainte ca Asiguratul să fie declarat apt din punct de vedere medical pentru a călători ca să se întoarcă în România după finalizarea etapei de tratament în străinătate;
- Cheltuieli cu medicamentele pe bază de prescripție medicală în timp ce Asiguratul este spitalizat pentru tratamentul unei boli acoperite sau al unei proceduri medicale acoperite. Medicamentele prescrise pentru tratamentul post-operator sunt acoperite pentru o perioadă de 30 de zile de la data la care Asiguratul a finalizat etapa de Tratament în străinătate, cu condiția ca acestea să fie achiziționate înainte de întoarcerea în România.
- Cheltuieli cu transferuri și transport cu ambulanțe terestre sau aeriene, unde utilizarea lor este indicată și prescrisă de un medic și aprobată în prealabil de Further;
- Cheltuieli în vederea transplantului pentru serviciile prestate unui donator viu în timpul procesului de prelevare a unui organ pentru a fi transplantat Asiguratului:
 - Cheltuieli cu analizele și testele pentru identificarea unui donator compatibil doar din familia Asiguratului;
 - Cheltuieli cu spitalizarea donatorului: cazarea în spital (într-o cameră, secție sau salon de spital), mesele, serviciile generale de asistență medicală, serviciile obișnuite furnizate de personalul spitalului, testele de laborator și utilizarea echipamentelor și a altor facilități ale spitalului; nu sunt acoperite articolele de uz personal care nu sunt medical necesare în procesul de prelevare a organului ce urmează a fi transplantat;
 - Cheltuieli cu chirurgia și serviciile medicale adiacente prelevării organului sau țesutului ce urmează a fi transplantat;



- Cheltuieli cu serviciile și materialele furnizate pentru culturi de măduvă osoasă în legătură cu un transplant de țesut care urmează să fie efectuat Asiguratului. Sunt acoperite numai cheltuielile efectuate după data eliberării Certificatului Medical Preliminar.

În caz de forță majoră sau restricții logistice sau operaționale impuse de autorități (locale sau internaționale) care împiedică Further să organizeze tratamentul în străinătate, Further va organiza furnizarea beneficiilor acoperite de asigurare descrise în Art 3.3.1 sau echivalentul medical posibil, în România, cu condiția ca aceleași restricții care împiedică plecarea la tratament în străinătate nu se aplică și în România. Tratamentul în România se efectuează până la momentul ridicării forței majore sau a restricțiilor, moment de la care se restabilește aranjamentul la Tratamentul în străinătate.

3.3.2. Cheltuielile de repatriere în România

Conform termenilor stabiliți în Certificatul Medical Preliminar, **cheltuielile non-medicale** acoperite sunt cheltuielile de repatriere în România, în cazul în care Asiguratul (și/sau donatorul viu în caz de transplant) decedează în timpul tratamentului în străinătate. Această acoperire se limitează doar la serviciile și consumabilele necesare pentru pregătirea corpului decedatului și pentru transportul acestuia în România, incluzând: serviciile de pompe funebre de repatriere internațională (incluzând îmbălsămarea și formalitățile administrative), sicriul minim obligatoriu, transportul rămășițelor pământești de la aeroport la locul de înmormântare din România.

3.3.3. Indemnizația zilnică de spitalizare în străinătate

Pentru fiecare zi de spitalizare (într-un spital sau clinică), Asiguratul va primi o indemnizație (sumă fixă de bani) zilnică, conform mențiunilor din Polița de asigurare, pentru maxim 60 de zile de spitalizare în străinătate pentru fiecare cerere de despăgubire. Spitalizarea pentru care se plătește această indemnizație este cea aprobată de Further în Certificatul Medical Preliminar.

3.4. Cheltuieli suplimentare în străinătate

Pentru cheltuielile suplimentare în străinătate, Asigurătorul plătește Asiguratului o **indemnizație** (sumă fixă de bani), conform mențiunilor din Polița de asigurare. Plata acestei sume se face după confirmarea Further privind acoperirea beneficiilor aferente tratamentului în străinătate, propunerea celor 3 opțiuni de spitale pentru tratament, acceptul Asiguratului pentru deplasarea în străinătate în vederea tratamentului, alegerea spitalului pentru tratament precum și comunicarea către NN a informațiilor necesare transferului bancar.

Suma poate fi folosită de Asigurat pentru orice tip de cheltuieli suplimentare care pot apărea.

În cazul în care pe perioada contractuală, Asiguratul suferă de alte boli din cele acoperite de Poliță (definite în Art. 2), această sumă fixă va fi plătită pentru fiecare boală gravă, în aceleași condiții ca cele descrise mai sus .

3.5. Medicină de Precizie/Medicină Personalizată

Medicină de Precizie/Medicină Personalizată este un beneficiu care poate fi accesat pentru **anumite tipuri de cancer** dacă există material de testare corespunzător în forma unei biopsii cu suficiente celule tumorale* și **condițiile** de mai jos sunt îndeplinite simultan:

- Asiguratul are o recomandare medicală scrisă pentru tratament imediat al cancerului sau se afla deja în tratamentul cancerului;
- Cancerul diagnosticat:
 - Nu răspunde tratamentului inițial, conform evaluării medicului oncolog curant; sau
 - Este un cancer în stadiul III sau IV; sau
 - Nu se cunoaște originea tumorii sau a organului care a determinat apariția cancerului (cancer cu origine primară necunoscută, absența unei tumori primare clar detectabilă); sau
 - Este o formă rară de cancer, definită prin existența în lista publicată de Surveillance of Rare Cancers in Europe (RARECAR) pe <https://www.rarecarenet.eu/rarecarenet/cancerlist>.

* În cazul în care proba nu conține un număr suficient de celule tumorale, se poate face o biopsie lichidă (probă de sânge), dacă acest lucru este adecvat din punct de vedere clinic.



Beneficiul Medicină de Precizie/Medicină Personalizată acoperă:

- Definirea unui tratament personalizat, bazat pe tehnici avansate de profilare moleculară (ca de exemplu Secvențierea de generație următoare - NGS);
- Interpretare medicală făcută de experți la nivel mondial;
- Raport clinic personalizat și tradus în limba română;
- Plan de tratament personalizat;
- Consultație cu o Comisie de Experți Medicali și Navigare în (prezentare informații din) studiile clinice;
- Posibilitatea accesării unui Studiu Clinic selectat de Comisie de Experți Medicali pe baza rezultatelor din raportul clinic personalizat.
- Testarea membrilor de familie eligibili (frați și copii naturali), în cazul în care raportul clinic personalizat evidențiază posibile mutații genetice ereditare, cu condiția ca aceștia să își dea acordul. În cazul unui rezultat pozitiv pentru unul din membrii de familie, se va genera un raport personalizat și va fi organizată o sesiune de prezentare a rezultatelor de către un Consilier Genetic;

Planul de tratament personalizat bazat pe raportul clinic și/sau raportul de navigație al studiului clinic poate conține una din variantele:

- Un protocol de tratament aliniat la scop, dozaj și metoda de administrare aprobate de autoritățile medicale competente la nivel internațional; sau
- Un protocol de tratament care poate include elemente de tratament aferente altor tipuri de cancer, sau în alte doze sau metode de administrare din seria celor aprobate de autoritățile medicale competente; sau
- **Studiu clinic:** protocol de tratament care include pe lângă elemente standard de tratament aprobate de autoritățile medicale competente și elemente aflate în studiu clinic identificate a fi potrivite pe baza raportului clinic personalizat. Studiul clinic poate fi efectuat și în țara de reședință (România) într-o instituție medicală aflată la mai mult de 100 km de reședința Asiguratului. Studiul clinic este finanțat de organizatorul studiului. Nivelul de cheltuieli acoperite pentru tratamentul standard va fi stabilit la începutul studiului de organizatorul studiului.

Dacă este accesat beneficiul „Medicină de Precizie”, Asiguratul nu mai poate solicita ulterior „A doua opinie medicală” pentru același diagnostic. Dacă în schimb, a fost efectuată „A doua opinie medicală” pentru un diagnostic de cancer și a rezultat confirmarea diagnosticului, se poate accesa ulterior și beneficiul „Medicină de Precizie” pentru același diagnostic de cancer.

Beneficiul Medicină de Precizie/Medicină Personalizată poate fi accesat o dată pentru fiecare cod de diagnostic (conform Codului Internațional de Clarificare a bolilor – ICD). În cazul în care, pe durata contractului, Asiguratul suferă de multiple forme de cancer, beneficiul poate fi accesat pentru fiecare cod de diagnostic (alt cod CDI) separat și fără legătură de cauzalitate cu un cancer anterior acoperit.

3.6. Cheltuieli post tratament în străinătate, la revenirea în România

Sunt acoperite următoarele tipuri de cheltuieli:

3.6.1. Cheltuieli cu medicația post tratament în străinătate, la revenirea în România

La întoarcerea în România după un tratament în străinătate, asigurarea acoperă cheltuielile cu medicamentele prescrise și achiziționate în România, în următoarele condiții și limitări:

- Medicația se administrează după o spitalizare în afara României de cel puțin trei nopți consecutive, spitalizare aprobată de Further în Certificatul Medical Preliminar, și
- Medicamentele sunt recomandate de către Further, în urma recomandărilor medicului (medicilor) internațional(i) care a (au) tratat Asiguratul, ca fiind necesare pentru tratamentul în curs de desfășurare, și
- Medicația necesită o prescripție medicală din partea unui medic din România, și
- Medicația a fost autorizată și aprobată de către autoritatea sau agenția medicală corespunzătoare din România, iar prescrierea și administrarea acestuia este reglementată, și
- Medicamentele sunt disponibile pentru a fi cumpărate în România, în intervalul de timp și în modul corespunzător pentru continuarea tratamentului;

Asigurătorul va plăti costul medicației achiziționată din afara României (mai puțin din S.U.A., Japonia și Elveția) numai dacă medicația recomandată (sau alternativa echivalentă cu o eficacitate similară),

- Nu este aprobată de autoritatea competentă din România și prescrierea și administrarea nu sunt reglementate, sau
- Nu este disponibilă pentru cumpărare în România în formatul necesar continuării tratamentului conform confirmării primite de la Further;

În acest caz, rămân necesare primele 2 condiții menționate anterior referitor la cel puțin trei nopți consecutive de spitalizare în străinătate și recomandarea medicului (medicilor) internațional(i), prin intermediul Further.

O prescripție nu poate acoperi un consum mai lung de 2 luni.

Toate prescripțiile trebuie să fie emise înainte de sfârșitul Perioadei de Despăgubire aplicabile modulului de boli grave.

3.6.2. Cheltuieli cu supravegherea medicală post tratament în străinătate, la revenirea în România

Supravegherea medicală pentru întreținerea remisiei poate fi efectuată în:

- **România** dacă sunt îndeplinite următoarele condiții:
 - Supravegherea medicală se efectuează într-un spital recomandat de Further, și
 - Supravegherea medicală este disponibilă în România în timpul și în formatul necesar monitorizării post tratament;
- **În afara României** (mai puțin în S.U.A., Japonia și Elveția), la cererea Asiguratului, dacă supravegherea medicală este recomandată de medicul curant din tratamentul în străinătate ca necesitate de monitorizare post tratament în străinătate. În acest caz, supravegherea se face de medicul curant din tratamentul în străinătate sau echipa sa medicală iar cheltuielile medicale sunt acoperite prin decontare directă către spital/clinică.

Supravegherea medicală este efectuată în urma recomandărilor medicului (medicilor) internațional(i) care a (au) tratat Asiguratul, după cum este necesar pentru monitorizarea continuă și pentru depistarea eventualelor reveniri ale bolii sau metastaze. Facturile aferente îngrijirii ulterioare trebuie să fie emise înainte de sfârșitul Perioadei de Despăgubire aplicabile modulului de boli grave.

În cazul în care medicii responsabili cu organizarea supravegherii medicale în România indică, în urma evoluției stării de sănătate a Asiguratului, necesitatea de a schimba recomandarea de îngrijire stabilită inițial de către medicul internațional, Further va comunica aceste schimbări medicului internațional pentru aprobare și confirmare, aprobare necesară continuării acoperirii acestor cheltuieli.

Alte mențiuni privind cheltuielile post tratament în străinătate

Cheltuielile post tratament în străinătate, la revenirea în România sunt suportate inițial de către Asigurat pe baza prescripției acordate (în cazul medicației), a facturii în original și a dovezii plății. Documentele justificative se trimit către Further în maxim 180 de zile de la data cheltuielii. Ele vor fi rambursate de către Further prin transfer în contul Asiguratului, pe baza documentelor justificative trimise de către Asigurat.

În cazul în care medicația și/sau costul cu supravegherea medicală pentru întreținerea remisiei sunt decontate total sau parțial de Casa de Asigurări de Sănătate din România sau de către o altă Poliță de asigurare, aceeași cheltuială nu mai este decontată încă o dată de polița de asigurare. Cererea de decont către Further trebuie să conțină clar separarea sumei plătite direct de Asigurat, aceasta făcând obiectul decontului.

Art. 4. Ce beneficii nu acoperă asigurarea Premium Care Abroad și în ce condiții?

Excluderi generale:

1. Tratamentul și orice procedură medicală a altor boli decât cele prevăzute specific în Art. 2;
2. Orice cheltuieli pentru boli sau traumatisme produse ca rezultat al războaielor, actelor de terorism, mișcărilor seismice, tulburărilor geopolitice, revoltelor, inundațiilor, erupțiilor vulcanice, precum și consecințelor directe sau indirecte ale reacțiilor nucleare și ale oricăror altor fenomene extraordinare sau catastrofale, precum și ale epidemiilor declarate oficial;



3. Alcoolismul, dependența de droguri și/sau intoxicațiile cauzate de abuzul de alcool și/sau consumul de droguri psihoactive, narcotice sau halucinogene;
4. Consecințele și bolile care decurg din tentativele de suicid și autovătămare;
5. Cheltuieli determinate de toate bolile sau afecțiunile cauzate intenționat sau fraudulos ori derivate din acte de neglijență sau imprudență penală ale Asiguratului sau rezultate din comiterea unei infracțiuni;
6. O cerere de despăgubire în care Asiguratul, înainte, în timpul sau după procesul de evaluare a cererii de despăgubire stabilit de Further:
 - nu a urmat sfaturile, prescripțiile sau planul de tratament stabilit de medicului curant, sau
 - refuză să primească orice tratament medical sau să facă obiectul unor analize sau teste de diagnosticare suplimentare necesare pentru stabilirea unui diagnostic definitiv sau a unui plan de tratament.

Excluderi medicale:

1. Tratamentul bolilor pre-existente datei de încheiere a contractului de asigurare;
2. Tratamentul bolilor într-unul din stadii (în curs de investigare, diagnosticată sau tratată) sau care au prezentat simptome sau semne) documentate medical în Perioada de excludere (definită în Art. 8);
3. Tratament medical care implică terapie genetică (inclusiv terapia cu celule CAR T), terapia cu celule somatice, terapie prin inginerie tisulară;
4. Tratamentul experimental, precum și acele proceduri de diagnosticare, terapeutice și/sau chirurgicale a căror siguranță și fiabilitate nu au fost recunoscute pe scară largă de comunitatea științifică internațională, cu excepția cererilor valabile pentru: Un protocol de tratament care poate include elemente de tratament aferente altor tipuri de cancer, sau în alte doze sau metode de administrare din seria celor aprobate de autoritățile medicale competente sau o abordare a Studiului clinic, așa cum sunt definite în Art. 3.5 pentru Medicină de Precizie și Studiu clinic;
5. Proceduri medicale necesare ca urmare a SIDA (sindromul imunodeficienței dobândite), HIV (virusul imunodeficienței umane) sau a oricărei afecțiuni care decurge din acestea (inclusiv sarcomul Kaposi) sau orice tratament pentru SIDA sau HIV;
6. Orice serviciu de îngrijire a sănătății sau furnizare de servicii care nu reprezintă o necesitate medicală pentru tratamentul unei Boli acoperite sau al unei proceduri medicale așa cum este definit de Further prin comisia medicala specializată și respectiv doctorul alocat cazului;
7. Orice tratament alternativ, furnizare serviciu sau prescripție medicală pentru o afecțiune medicală pentru care cel mai bun tratament este un transplant acoperit de Poliță (Modulul de Acoperire 4 din Art. 2);
8. Orice boală sau afecțiune medicală care a fost o consecință directă sau indirectă a procedurilor medicale aranjate și plătite prin prezenta poliță, cu excepția cazului în care boala sau afecțiunea medicală în cauză este o boală acoperită (definită în Art. 2) sau necesită o procedură medicală acoperită prevăzută în Art. 3;
9. Tratamentul efectelor secundare pe termen lung, ameliorarea simptomelor cronice sau reabilitare (inclusiv, dar fără a se limita la fizioterapie, reabilitarea mobilității și terapia limbajului și a vorbirii);
10. Referitor la beneficiul din Art. 3.6.a se aplică următoarele excluderi:
 - Orice cost decontat de Casa de Asigurări de Sănătate sau acoperit de orice altă poliță de asigurare deținută de Asigurat;
 - Costul administrării medicației în România;
 - Orice achiziție în afara României care nu a fost explicit aprobată de Further;
 - Decont solicitat după 180 de zile de la data cheltuielii;
11. Referitor la beneficiul din Art. 3.6.b se aplică următoarele excluderi:
 - Orice cost decontat de Casa de Asigurări de Sănătate sau acoperit de orice altă poliță de asigurare deținută de Asigurat;
 - Orice cheltuială efectuată care nu a fost recomandată de Further;
 - Orice cheltuială efectuată în altă instituție medicală decât cea autorizată de Further;
 - Decont solicitat după 180 de zile de la data cheltuielii.

Cheltuieli excluse:

1. Orice cheltuieli asociate sau determinate de diagnostic, tratament, procedură medicală, serviciu, prescripție medicală sau alte beneficii din România, S.U.A., Japonia și Elveția cu excepția cheltuieli celor din Art. 3.6 Cheltuieli post tratament în străinătate, la revenirea în România precum și ultimul punct din Art. 3.3.a referitor la Forța Majoră;
2. Orice cheltuieli asociate sau determinate de diagnostic, tratament, procedură medicală, serviciu, prescripție medicală sau alte beneficii efectuate oriunde în lume dacă Asiguratul nu este rezident permanent în România la momentul notificării daunei.
3. Orice cheltuieli în afara Perioadei de despăgubire aplicabilă, în afara celor prevăzute explicit în Art. 5. 20;
4. Orice cheltuială efectuată înainte de emiterea Certificatului Medical Preliminar;
5. Orice cheltuială efectuată în altă instituție medicală decât cea autorizată și menționată în Certificatul Medical Preliminar;
6. Orice cheltuială care nu este conformă cu procesul de daună descris în Art. 5;
7. Orice cheltuială efectuată cu servicii de izolare, stațiunile balneare, clinicile de tratament în natură, îngrijirea medicală la domiciliu sau serviciile prestate într-un centru sau instituție de recuperare, un azil sau cămin de bătrâni, chiar dacă astfel de servicii sunt necesare ca urmare a unei Boli sau proceduri medicale acoperite;
8. Orice cheltuială efectuată cu achiziționarea (sau închirierea) oricărui tip de proteză sau aparate ortopedice, corsete, bandaje, cârje, membre sau organe artificiale, peruci (chiar și atunci când utilizarea lor este considerată necesară în timpul tratamentului cu chimioterapie), încălțăminte ortopedică, proteze dentare, proteze și alte echipamente sau articole similare, cu excepția protezelor mamare (după operația de mastectomie) și a valvelor cardiace protetice necesare ca urmare a intervenției chirurgicale aranjate și plătite prin această Poliță;
9. Orice cheltuială efectuată cu achiziționarea sau închirierea de scaune cu rotile, paturi speciale, aparate de aer condiționat, purificatoare de aer și orice alte articole sau echipamente similare;
10. Orice medicație care nu a fost eliberată de un farmacist acreditat sau care a fost obținută fără prescripție medicală;
11. Orice cheltuială pentru Medicină Alternativă, chiar și atunci când este prescrisă de un doctor;
12. Orice cheltuială pentru îngrijire medicală sau internare în caz de tulburări cognitive, senilitate sau afectare cerebrală, indiferent de stadiul în care se află;
13. Cheltuieli cu traducător, telefoane sau alte cheltuieli pentru nevoi personale sau care nu sunt de natură medicală, sau pentru orice alt serviciu furnizat rudelor, însoțitorilor sau îngrijitorilor;
14. Orice cheltuială efectuată de Asigurat sau de rude, sau însoțitori, cu excepția celor acoperite în mod expres;
15. Orice cheltuială care nu este obișnuită sau rezonabilă pentru tratamentul afecțiunilor acoperite de poliță;
16. Cheltuieli de transport și cazare pentru Asigurat, aparținători și donator sunt excluse din suma asigurată aferentă tratamentului bolilor grave în străinătate stabilită în Polița de asigurare. Cheltuielile de transport și cazare (ca de exemplu cazarea în destinația de tratament, călătoria din România până la destinația tratamentului și retur, transferuri de la hotel la spital sau la medicul curant) pot fi acoperite din beneficiul 3.4 Cheltuieli suplimentare în străinătate. Asiguratul și aparținătorul pot beneficia de suport din partea Further pentru organizarea transportului și cazării pentru o accesare optimă a instituției medicale alese, pentru tratamentul în străinătate. Asiguratul este direct responsabil pentru plata acestor cheltuieli.
17. Nu sunt acoperite de beneficiul 3.5 Medicina de Precizie/Medicină Personalizată:
 - Costul biopsiilor (mai puțin biopsii lichide - teste de sânge);
 - Costuri medicale pentru Studii clinice în România, S.U.A., Japonia și Elveția;
 - Costuri medicale pentru tratamentul efectelor secundare neintenționate sau complicații medicale ca urmare a tratamentului din Studiul clinic;
 - Diverse cheltuieli non-medicale – ca de exemplu taxe administrative pentru intrarea în studiul clinic.



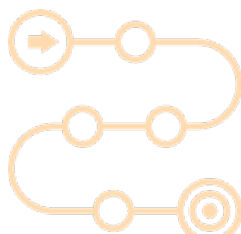
Art. 5 Cum pot fi accesate beneficiile în caz de eveniment asigurat?

Beneficiile asigurării Premium Care Abroad pot fi accesate după cele 180 de zile, **Perioadă de excludere** (definită în Art. 8) în momentul unei **suspiciuni de boală gravă**, acoperită de poliță (definită în Art. 2), cu condiția ca polița să fie plătită la zi.

1. În cazul în care Asiguratul are o suspiciune de boală gravă (conform definiției din Art. 3.1) apelează numărul de telefon **021 9464**. Datele de identificare (nume, prenume, CNP) și cele de contact (număr de telefon și adresă de email) sunt transmise de către NN către Enayati Medical City.
2. În maxim 24 de ore lucrătoare, Asiguratul este contactat de **reprezentantul Enayati Medical City dedicat pentru produsul Premium Care Abroad** pentru a-i alocă și programa un doctor dedicat (**Concierge Doctor**) în **următoarele 24 de ore** și pentru a îi comunica lista de documente necesare accesării beneficiului de Diagnosticare.
3. Consultația cu Concierge Doctorul poate fi față în față sau online. În cadrul consultației, Concierge Doctorul analizează informațiile medicale existente și recomandă investigațiile suplimentare necesare pentru stabilirea diagnosticului.
4. După consultația cu Concierge Doctorul, Asiguratul este programat **la investigațiile recomandate în maxim 3 zile lucrătoare**.
5. Concierge Doctorul face analiza rezultatelor investigațiilor și stabilește diagnosticul pe care îl discută cu Asiguratul. Asiguratul primește din partea Enayati Medical City **dosarul medical** cuprinzând rezultatele investigațiilor și **diagnosticul** stabilit.
6. NN urmărește stadiul diagnosticării la Enayati Medical City și în cazul **confirmării diagnosticului de boală gravă acoperită de poliță**, Asiguratul este contactat de **reprezentantul dedicat pentru Premium Care Abroad** din departamentul Daune NN pentru a-i prezenta **pașii următori în vederea accesării beneficiului tratament în străinătate**.

Etapă de diagnosticare (punctele 2-5 descrise mai sus) reprezintă un beneficiu pus la dispoziția Asiguratului pentru cazurile în care nu există încă un diagnostic, ci doar o suspiciune de boala gravă. Beneficiul are scopul de a ajuta Asiguratul să ajungă la un diagnostic rapid printr-un proces scurt și bine coordonat, cu expertiza medicală potrivită. Etapa nu este obligatorie dacă Asiguratul are deja un diagnostic de boală gravă acoperită de poliță (Art. 2).

7. Ulterior, Asiguratul este pus în legătură cu **Further** pentru accesarea tratamentului în străinătate.
Comunicarea cu Further se inițiază pe mail (claims@wegofurther.com). Asiguratului i se va alocă o persoană de contact din partea **Further** ce va putea fi contactată direct telefonic, pe mail sau în platforma digitală www.trusteddoctor.com. Pentru crearea contului în platformă, pe adresa de email de contact a Asiguratului se transmite un email automat de înrolare în platformă prin care Asiguratul ia la cunoștință Termenii și Condițiile serviciului pentru tratamentul bolilor grave în străinătate și își stabilește parola contului.
În afara orelor de program, Asiguratul va avea la dispoziție un număr de telefon de urgență.
8. Reprezentantul dedicat Further (persoana de contact) informează Asiguratul despre **documentele medicale** care trebuie puse la dispoziție pentru a evalua dacă solicitarea se încadrează în condițiile de eligibilitate pentru Tratamentul în străinătate (conform Art. 2 și Art. 3).
9. Asiguratul are **obligatia** de a pune la dispoziția Further **istoricul documentelor medicale**. Further va face evaluarea **numai după** ce toate documentele medicale pe care le-a solicitat au fost furnizate de Asigurat și respectiv de doctori și alte instituții medicale accesate anterior de Asigurat. Această etapă se numește evaluarea dosarului de daună.
10. Evaluarea dosarului de daună se va face de către Further după accesarea beneficiului A doua opinie medicală (dacă acest beneficiu este dorit de către Asigurat). A doua opinie medicală poate dura până la 15 zile lucrătoare.
11. Evaluarea dosarului de daună cuprinde:
 - a. Analiza tuturor documentelor medicale puse la dispoziție de Asigurat pentru a stabili dacă solicitarea se încadrează în condițiile de eligibilitate pentru Tratamentul în străinătate, conform mențiunilor din Art. 3, 3.2, 3.3, 3.5, 3.6. Evaluarea este de tip medical iar decizia pe aceasta evaluare aparține Further, ca parte din contract cu expertiza medicală necesară. Comunicarea evaluării se face direct către Asigurat de către Further.



- b. Evaluarea **disponibilității Perioadei de despăgubire aplicabilă Modulului de boli grave (definită în Art. 8)**. În urma evaluării poate exista una dintre următoarele situații
1. **Disponibilitate deplină:** atunci când pe respectivul Modul de boli grave nu a mai fost înregistrat niciun eveniment de daună. În acest caz, Further confirmă disponibilitatea pentru 36 de luni de Perioada de despăgubire aplicabilă acelui Modul de boli grave;
 2. **Disponibilitate parțială:** atunci când pe respectivul Modul de boli grave a(u) mai fost înregistrat(e) eveniment de dauna dar nu au trecut 36 de luni de la începutul Perioadei de despăgubire aplicabilă acelui Modul de boli grave. În acest caz, Further confirmă disponibilitatea pentru lunile rămase din cele 36 de luni din Perioada de despăgubire aplicabilă acelui Modul de boli grave;
 3. **Indisponibilitate** datorată expirării Perioadei de despăgubire: atunci când pe respectivul Modul de boli grave a(u) mai fost înregistrat eveniment(e) de daună și au trecut 36 de luni de la începutul Perioadei de despăgubire aplicabilă acelui Modul de boli grave. În acest caz, Further comunică indisponibilitatea poliței pentru acel Modul de boli grave. Pentru aceasta situație, procesul de daună pe respectivul diagnostic se oprește.

Comunicarea rezultatului evaluării se face prin portal www.trustedoctor.com și printr-o comunicare oficială trimisă prin email de la Further către Asigurat.

12. Ulterior evaluării dosarului de daună, în cazul în care Asiguratul este eligibil pentru Tratatamentul în străinătate, urmează **propunerea de spitale pentru tratament**. Selecția spitalelor se face ținând cont de 3 criterii: expertiza dovedită pe tratamentul bolii respective, disponibilitatea imediată și standardele de calitate a vieții pacientului. Further vine către Asigurat cu o propunere de 3 spitale din care Asiguratul să aleagă. Propunerile se discută cu Asiguratul. **Asiguratul decide spitalul** la care va efectua tratamentul. **În cazul în care Asiguratul nu dorește să meargă la tratament în străinătate, procesul de daună se oprește și nu este însoțit de altă formă de compensație din partea Asiguratorului sau Further.**
13. Reprezentantul dedicat din departamentul de daune NN urmărește permanent cazul și, în momentul în care clientul decide plecarea la tratament în străinătate prin confirmarea opțiunii de spital alese, inițiază **plata sumei aferente Cheltuielilor suplimentare în străinătate**, suma ce va fi primită de către Asigurat în condițiile menționate în Art. 3.4. Plata se face într-un cont în lei al Asiguratului sau al Contractantului (în cazul în care Asiguratul este minor).
14. La cerere, reprezentantul Further poate asista Asiguratul în **organizarea deplasării și eventualei cazări** necesare. Dacă starea de sănătate a Asiguratului nu permite deplasarea conform evaluării medicului, procesul de daună este pus în așteptare.
15. Pentru buna derulare a tratamentului în străinătate, Asiguratul va avea alocat un medic (**Concierge doctor**) din partea Further. Concierge doctorul va coordona emiterea **Certificatului Medical Preliminar** pentru spitalul ales de Asigurat. Certificatul Medical Preliminar are valabilitate 3 luni. În cazul în care Asiguratul nu a selectat un spital din lista celor recomandate sau nu inițiază tratamentul aprobat în Certificatul Medical Preliminar în cele 3 luni de valabilitate, o nouă versiune poate fi emisă ținând cont și de starea de sănătate a Asiguratului de la momentul reemiterii. După emiterea Certificatului Medical Preliminar, Asiguratul are acces la toate beneficiile aferente tratamentului în străinătate conform Art. 3 și Art. 4, în limita sumelor asigurate stabilite în Polița de asigurare și a valabilității Perioadei de despăgubire aferente Modulului de boli grave.
16. Serviciile oferite de **spital** sunt gestionate pentru Asigurat de către Further (de exemplu programări, transferul documentelor, plata prin decontare directă a cheltuielilor medicale acoperite, organizarea unui traducător pentru interacțiunile medicale din cadrul spitalului etc.).
17. Plata **indemnizației pe zi de spitalizare** (definită în Art. 3.3.3) este făcută Asiguratului de către Further în EUR într-un cont de EUR al Asiguratului sau Contractantului (în cazul în care Asiguratul este minor) pus la dispoziția Further direct de Asigurat.
18. **Decontarea cheltuielilor post tratament în străinătate, la revenirea în România** (definită în Art. 3.6) se face către Asigurat de către Further în limitele sumei asigurate pentru tratament în străinătate stabilită în Polița de asigurare,
19. **Perioada de despăgubire** (definită în Art. 8) începe la data primei călătorii în străinătate pentru administrarea tratamentului. În cazul în care Asiguratul este spitalizat conform planului de tratament stabilit în Certificatul Medical Preliminar și intervine expirarea perioadei de despăgubire aplicabilă Modulului de boli grave, serviciile stipulate în Art. 3.3.1 vor fi oferite în continuare Asiguratului până la revenirea în România planificată în planul de tratament.
20. Pe durata de valabilitate a Perioadei de despăgubire, Further va asista Asiguratul atât pentru beneficiile

aferele tratamentului în străinătate cât și a celor post tratament (Art. 3.6).

21. După finalizarea tratamentului pentru o boala gravă acoperita prin poliței, dacă Asiguratul suferă de o nouă boala gravă (din același Modul sau din altul) și perioada de despăgubire aplicabilă modului este încă valabilă, Asiguratul poate relua procesul de la diagnosticare sau tratament în străinătate sub îndrumarea reprezentantului NN. În acest caz, pașii procesului se reiau.
22. Pe parcursul întregului proces de daună este esențială colaborarea Asiguratului și aparținătorilor cu echipa medicală alocată de Further. Nepermiterea vizitelor medicale va fi considerată de către Asigurător ca o renunțare expresă la dreptul Asiguratului de a accesa Beneficiile poliței. Pentru orice investigații considerate necesare de către Further sau Asigurător, Medicii care au vizitat și asistat Asiguratul vor fi exonerati de obligația de a păstra secretul profesional.
23. Eventualele reclamații aferente tratamentului în străinătate pot fi adresate de Contractant, Asigurat sau aparținător desemnat pentru Asigurat direct către Further prin email la adresa la **complaints@wegofurther.com**, incluzând și adresa **premiumcareabroad_complaints@nn.ro**. Reprezentantul NN pentru produsul Premium Care Abroad este în contact direct cu Further pentru monitorizarea și soluționarea reclamațiilor. Asiguratul primește informații săptămânale despre evoluția soluționării reclamației.
24. Zilele lucrătoare pentru diagnostic sunt cele aplicabile în România iar pentru tratamentul în străinătate sunt cele aplicabile în Spania.

Art. 6. Ce informații sunt importante pentru derularea contractului?

6.1. Documente contractuale

Contractul de asigurare de sănătate Premium Care Abroad este format din următoarele documente:

1. **Cererea de asigurare** semnată de către Contractant și de către Asigurat;
2. **Documentele-anexă** ale cererii de asigurare, care pot fi, după caz, planul financiar personal, formularul de examinare medicală, oferta, confirmări semnate de către Contractant și de către Asigurat prin care aceștia își manifestă acordul cu privire la modificarea condițiilor de oferire a asigurării etc;
3. **Condițiile contractuale generale** ale asigurare de sănătate Premium Care Abroad;
4. **Documentul de informare** privind asigurare de sănătate Premium Care Abroad care conține informații importante despre acest produs de asigurare;
5. **Polița de asigurare** care confirmă încheierea contractului de asigurare de sănătate;
6. Orice alt document asupra căruia Părțile convin că este parte integrantă a contractului.

6.2. Suma asigurată și prețul asigurării

Sumele asigurate pe fiecare categorie de beneficii sunt cele prezentate în Poliță.

- Costurile serviciului de **Diagnosticare** boli grave sunt suportate de către Asigurător prin **decontare directă** iar valoarea beneficiului este **suplimentară**, nu se deduce din suma asigurată maximă pentru tratamentul în străinătate din Polița de Asigurare.
- Cheltuielile cu **A doua opinie medicală** sunt **decontate direct** către furnizori (spitale, clinici, medici etc.) și se **deduc** din suma asigurată aferentă tratamentului bolilor grave în străinătate stabilită în Polița de asigurare.
- Cheltuielile **medicale** pentru **tratamentul în străinătate** (inclusiv cele în caz de forță majoră efectuate pe teritoriul României) și cheltuielile de **repatriere** sunt **decontate direct** către furnizori (spitale, clinici etc.). **Indemnizația zilnică de spitalizare** pentru tratamentul în străinătate se plătește de către Further prin **transfer** în contul Asiguratului. Beneficiile aferente tratamentului bolilor grave în străinătate (Art. 3) se **deduc** din suma asigurată maximă stabilită în Polița de asigurare.



- Indemnizația pentru **cheltuieli suplimentare** în străinătate se plătește de către Asigurător prin **transfer** în contul Asiguratului. Valoarea cheltuielilor suplimentare în străinătate este **suplimentară**, nu se deduce din suma asigurată aferentă tratamentului bolilor grave în străinătate stabilită în Polița de asigurare.
- Cheltuielile cu **Medicină de Precizie**/Medicină Personalizată sunt **decontate direct** către furnizori (spitale, clinici, medici etc.) și se **deduc** din suma asigurată maximă stabilită în Polița de asigurare.
- Cheltuielile **post tratament** în străinătate, la revenirea **în România**, sunt acoperite în limitele menționate în Polița de asigurare și se **deduc** din suma asigurată maximă aferentă tratamentului bolilor grave în străinătate stabilită de asemenea în Poliță.

Sumele asigurate sunt menționate în poliță și sunt la nivel de **persoană asigurată**.

Suma asigurată aferentă tratamentului bolilor grave în străinătate stabilită în Polița de asigurare este pentru **toată perioada contractuală** și pentru **toate bolile grave acoperite**.

Valoarea sumelor asigurate se poate actualiza la reînnoirea anuală și se va regăsi în noua poliță de asigurare.

Prețul asigurării este reprezentat de primele de asigurare menționate în Poliță.

Prima de asigurare rămâne aceeași pe toată durata anului contractual de asigurare. Aceasta este calculată luând în calcul **riscul asigurat conform vârstei Asiguratului**, la data semnării cererii de asigurare.

La data reînnoirii Contractului de asigurare, Asigurătorul poate modifica primele de asigurare. Pentru calculul noilor prime de asigurare sunt luați în considerare factori de risc precum: vârsta în ani împliniți a Asiguratului la data reînnoirii, eventuale modificări ale condițiilor contractuale, evoluția costurilor serviciilor medicale, numărul și valoarea totală a evenimentelor asigurate la nivel de portofoliu.

Noile prime se vor aplica de la data reînnoirii Contractului de asigurare, pentru toți Asigurații din Contract.

Contractantul trebuie să plătească primele de asigurare până la datele scadente din Polița de asigurare, conform informărilor de plată primite de la Asigurător. Contractantul poate alege frecvența de plată a primei care poate fi lunară, trimestrială, semestrială sau anuală.

6.3. Încheierea contractului de asigurare, intrarea în vigoare și reînnoirea

6.3.1. Încheierea contractului

Cererea de asigurare se completează și se semnează de către **Contractant** și **Asigurat**. Prin semnare, Contractantul și Asiguratul își exprimă acordul pentru încheierea asigurării.

În vederea evaluării riscurilor, Asigurătorul verifică următoarele:

- Datele legate de rezidența, ca și criteriu esențial în accesare produsului Premium Care Abroad, ocupația Asiguratului;
- Starea de sănătate a Asiguratului prin completarea unui chestionar medical. Nu sunt necesare examinări medicale suplimentare. Un singur răspuns pozitiv în chestionarul medical descalifică potențialul Asigurat și procesul de vânzare se încheie;
- Existența interesului asigurabil;
- Justificarea capacității de plată a primelor de asigurare.

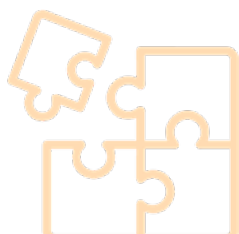
Toate aceste informații obținute de Asigurător sunt folosite doar în scopul evaluării riscului și sunt tratate confidențial.

În urma evaluării riscurilor, Asigurătorul are dreptul să:

- **Emită** polița în condițiile menționate în oferta de asigurare;
- **Refuze** preluarea în asigurare.

6.3.2. Intrarea în vigoare a contractului

Contractul de asigurare de sănătate **intră în vigoare la data semnării cererii de asigurare**, data menționată în Polița de asigurare. De la aceasta dată, riscurile asigurate menționate în contract vor fi acoperite după trecerea Perioadei de excludere (definită în Art. 8).



Contractantul poate renunța la Contractul de asigurare în termen de 20 de zile lucrătoare de la data intrării în vigoare a contractului. Prima plătită se va returna integral Contractantului, fără a fi purtătoare de dobândă.

Refuzul de preluare în asigurare poate interveni și după intrarea în vigoare dacă motivul refuzului este furnizarea de informații incorecte și/sau incomplete la intrarea în asigurare. Pentru aceste situații, prima de asigurare plătită nu va fi returnată Contractantului.

6.3.3. Reînnoirea contractului

Contractul de asigurare de sănătate Premium Care Abroad este anual cu reînnoire automată, după fiecare an contractual de asigurare. Reînnoirea Contractului de asigurare se face pentru toți Asigurații din contract în același timp. Reînnoirea nu presupune o nouă reevaluare a stării de sănătate sau resemnarea cererii de asigurare.

Contractantul **va fi informat cu cel mult 45 de zile înainte de data reînnoirii** despre:

- Suma asigurată;
- Prima de asigurare valabilă pentru noul an de asigurare;
- Actualizările din Condițiile Contractuale valabile de la data reînnoirii;

În cazul în care Contractantul este de acord cu noile condiții de asigurare, **opțiunea de reînnoire a contractului de asigurare Premium Care Abroad pentru o nouă perioadă de 1 (un) an se face prin plata primei de asigurare.**

În cazul în care Asigurătorul nu mai oferă produsul de asigurare, contractul nu se mai reînnoiește.

6.4. Plata primelor de asigurare

Contractantul asigurării trebuie să plătească primele de asigurare în valoarea, la termenele și în condițiile specificate în polița de asigurare.

Primele de asigurare pot fi plătite eșalonat sau integral, într-o singură plată, în termenele de plată indicate în polița de asigurare.

Primele de asigurare se consideră plătite începând cu ziua calendaristică imediat următoare datei la care instituția financiară prin care s-a efectuat plata a autorizat/procesat tranzacția.

6.5. Întârzierea plății primelor de asigurare și repunerea în vigoare a contractului

Pentru plata primelor Contractantul beneficiază de o **perioadă de grație de 60 de zile calendaristice** începând cu data scadenței primei de asigurare neachitate. În perioada de grație Contractul rămâne în vigoare, dar Evenimentul asigurat este acoperit doar dacă sunt achitate primele scadente, inclusiv pentru perioada în care a avut loc spitalizarea Asiguratului.

În cazul în care întârzierile de plată nu sunt achitate până la expirarea perioadei de grație, contractul de asigurare se va rezilia.

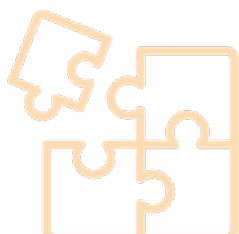
Primele de asigurare, plătite după rezilierea contractului, vor fi restituite integral Contractantului, fără a fi purtătoare de dobândă.

6.6. Posibile modificări în perioada contractuală

În timpul contractului, Contractantul poate face mai multe modificări, doar dacă nu există întârzieri de plată. Modificările se solicită prin **completarea și semnarea unei Cereri de asigurare și a formularului de modificări contractuale** (aceste documente se regăsesc pe site-ul <https://www.nn.ro/documente>).

Oricând pe durata contractului se pot face modificările:

1. Adăugarea de noi Asigurați, până la maxim 10 Asigurați permiși în contract trecând prin același proces de intrare în asigurare;
2. Excluderea unor Asigurați din Contractul de asigurare;
3. Schimbarea Contractantului, cu condiția ca noul Contractant să respecte toate criteriile de eligibilitate cerute de Asigurător, inclusiv Interesul asigurabil asupra Asiguraților din contractul de asigurare, cu efect imediat după modificarea Contractului.



Primele doua modificări de mai sus vor intra în vigoare începând cu următoarea scadență de plată, în timp ce modificarea a treia intra în vigoare la momentul procesării ei de către Asigurator. Prima de asigurare se recalculează și, dacă în urma modificărilor rezultă un rest de primă neconsumată, acesta va fi returnat Contractantului. Modificările vor fi confirmate prin emiterea unei noi Polițe de asigurare, după achitarea noii prime de asigurare.

De asemenea, la data reînnoirii Contractului de asigurare, Contractantul poate solicita modificarea frecvenței de plată a primelor de asigurare.

6.7. Încetarea și expirarea contractului de asigurare și a răspunderii Asiguratorului

Contractul de asigurare încetează în următoarele situații:

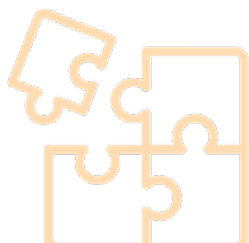
- a. La ora 00:00 a datei la care Asiguratul împlinește **85 de ani**;
- b. **Prin rezilierea unilaterală** de către Asigurator, în următoarele situații:
 - În cazul în care Asiguratul **schimbă statutul de rezident permanent în România**, caz în care are obligația să notifice Asiguratorul;
 - În cazul în care Contractantul sau Asiguratul:
 - refuză să ofere informații despre datele de identificare personale solicitate de către Asigurator;
 - furnizează Asiguratorului declarații false și/sau informații incomplete în cererea de asigurare, informații care, dacă ar fi fost aduse la cunoștința Asiguratorului, ar fi determinat neîncheierea Contractului de asigurare;
 - În cazul în care rezultatul aplicării măsurilor de cunoaștere a clienților efectuate de Asigurator pentru Contractant, Asigurat, nu permite continuarea contractului. În acest caz:
 - Asiguratorul va rezilia unilateral contractul de asigurare, va informa Contractantul;
 - Contractul de asigurare încetează la ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei la care Asiguratorul trimite aceasta informare;
 - În cazul în care Contractantul, Asiguratul, sunt cetățeni americani rezidenți permanenți în România și refuză să ofere informații, documente și/sau derogări referitoare la verificarea identității lor, în conformitate cu reglementările FATCA sau alte acte legislative (fiscale și de combatere a spălării banilor);
- c. **Prin denunțarea unilaterală** de către Contractant sau de către Asigurat. În această situație:
 - Contractantul asigurării trebuie să solicite Asiguratorului denunțarea contractului;
 - Contractul de asigurare va înceta fără alte formalități, după cum urmează: în ziua calendaristică imediat următoare datei de încetare solicitate de către Contractant sau, în cazul în care o astfel de dată nu este specificată de către Contractant, în prima zi calendaristică ulterioară datei la care Asiguratorul primește solicitarea de denunțare;

Contractantul asigurării trebuie să plătească toate primele de asigurare scadente până la data încetării contractului de asigurare.
- d. La data **decesului Contractantului** sau a Asiguratului dacă pe contract există un singur Asigurat;
- e. La data **atingerii sumei asigurate maxime pentru Tratamentul bolilor grave în străinătate**;
- f. La **expirarea perioadei de despăgubire aplicabilă tuturor celor 4 module de boli grave**.

6.8. Declarații false sau incomplete

Înainte de încheierea contractului, Asiguratul trebuie să ofere Asiguratorului, prin completarea integrală și corectă a cererii de asigurare, toate informațiile pe care le cunoaște și care sunt relevante pentru evaluarea riscului, efectuată de Asigurator.

În situația în care informațiile furnizate nu au fost corecte și complete, pe parcursul contractului, Contractantul și Asiguratul trebuie să informeze Asiguratorul. În cazul în care Contractantul asigurării și Asiguratul sunt persoane diferite, Contractantul este responsabil să ofere toate informațiile corecte și complete.



Dacă Contractantul sau Asiguratul oferă informații incorecte sau incomplete, Asigurătorul are dreptul să ia măsuri, în funcție de situație.

- Dacă informațiile incorecte sau incomplete sunt furnizate **înainte de producerea evenimentului asigurat**, Asigurătorul are dreptul să rezilieze unilateral contractul de asigurare conform Art. 6.7.b;
- Dacă informațiile incorecte sau incomplete sunt furnizate **după producerea evenimentului asigurat**, Asigurătorul are dreptul să: refuze plata indemnizației de asigurare și să rezilieze unilateral contractul de asigurare, conform Art. 6.7.b.

6.9. Actualizare informații

Asigurătorul va trimite toate notificările, cererile sau comunicările referitoare la contractul de asigurare în scris, către Contractant sau Asigurat. De asemenea, Contractantul și Asiguratul vor trimite către Asigurator toate documentele, notificările, cererile sau comunicările în scris. Notificările sau comunicările verbale nu sunt luate în considerare de niciuna dintre părțile contractante.

Contractantul trebuie să:

- Furnizeze Asigurătorului datele de contact actuale în vederea comunicării;
- Informeze Asigurătorul despre modificarea adresei de e-mail și a numărului de telefon. Dacă Asigurătorul nu este informat, acesta va trimite comunicările la ultimele date de contact electronice comunicate de Contractant și nu va fi răspunzător de neprimirea comunicărilor de către Contractant;
- Informeze Asigurătorul despre orice modificare a datelor personale proprii sau ale Asiguratului, în termen de 30 (trezeci) de zile calendaristice de la modificare;
- Informeze Asigurătorul despre orice schimbare legată de țara de reședință a Asiguratului. Dacă Asiguratul schimbă țara de reședință cu oricare alta decât România, nu mai este eligibil pentru produsul Premium Care Abroad și contractul se reziliază;
- Informeze Asiguratul despre orice modificare contractuală, inclusiv încetarea contractului.

Atât Asiguratul cât și Contractantul asigurării pot solicita oricând informații suplimentare despre contractul de asigurare în scris, prin e-mail, telefonic prin intermediul consultantului NN alocat.

Art. 7. Alte aspecte importante

Legislația aplicabilă.

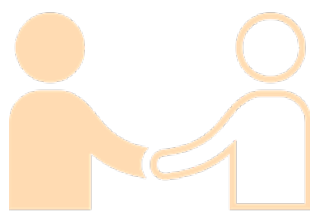
Contractul de asigurare este supus legii române în vigoare, inclusiv actelor normative privind asigurările și reasigurările, regulamentului privind efectuarea operațiunilor valutare și prevederilor specifice cuprinse în aceste condiții de asigurare. În cazul apariției unor litigii care sunt legate de contractul de asigurare, acestea vor fi soluționate de instanța competentă din România.

Soluționarea nemulțumirilor.

Orice nemulțumire din partea Contractantului și/sau /Asiguratului poate fi soluționată pe cale amiabilă.

Nemulțumirea va fi comunicată în scris (inclusiv în format electronic) sau telefonic, către sediul central al Asigurătorului. Acesta va înregistra reclamația și va proceda la soluționarea nemulțumirii formulate. Reclamantul va primi ulterior, din partea Asiguratului un punct de vedere clar, prin intermediul unei înștiințări scrise (inclusiv în format electronic) sau telefonice. Această înștiințare va conține clarificările necesare și, eventual, modalitatea de soluționare a cererii. Dacă reclamantul nu este mulțumit de răspunul primit și consideră că cererea nu a fost soluționată în mod corespunzător, acesta poate solicita o întâlnire cu Asigurătorul.

Dacă soluționarea cazului nu este posibilă pe cale amiabilă, Contractantul și/sau Asiguratul, după caz, se pot adresa și Autorității de Supraveghere Financiară (ASF). În plus, conform Regulamentului nr. 4/27.04.2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN) și Ordonanței Guvernului nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți, clienții au dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor prin intermediul SAL-FIN (singura entitate de soluționare alternativă a litigiilor în domeniile în care Autoritatea de Supraveghere Financiară (A.S.F.) are competență, care organizează și administrează proceduri SAL prin care se propune sau impune, după caz, o soluție părților). Aceste demersuri nu îngrădesc însă dreptul clientului de a se adresa instanțelor competente.



Specimenul de semnătură.

Semnătura folosită de Asigurat sau de Contractant în cererea de asigurare este considerată specimen. Aceasta poate fi atât olografă, cât și biometrică, iar părțile recunosc și acceptă că ambele au aceeași valoare juridică. Toate solicitările de modificare vor fi luate în considerare doar dacă vor avea aceeași semnătură olografă ca cea din cererea inițială. Dacă Asiguratul sau Contractantul își schimbă semnătura pe parcursul contractului, trebuie să informeze Asigurătorul printr-un document care cuprinde ambele specimene, atât cel vechi, cât și cel nou.

Cheltuieli și taxe.

Toate costurile aferente plății primelor sau a beneficiilor din timpul contractului sunt suportate de către Contractant sau sunt deduse din orice sumă plătită de către Asigurător. Asigurătorul va plăti doar pentru examinările medicale standard solicitate, pentru care confirmă în scris că acoperă costul acestora.

Deduceri fiscale.

Prevederile Codului fiscal în vigoare se vor aplica primelor de asigurare și indemnizațiilor de asigurare plătite și prevăzute de Contractul de Asigurare de Sănătate NN.

Statutul legal al agentului de asigurare.

Atribuțiile aferente statutului legal al brokerului de asigurare sunt prevăzute de Legea 236/2018 privind distribuția de asigurări și Norma ASF nr. 22/2021 privind distribuția de asigurări. Acestea includ efectuarea activităților de distribuție specifice, precum și primirea cererilor de asigurare și a altor documente solicitate de către Asigurător de la Contractantul asigurării, Asigurat sau Beneficiar (inclusiv documente conținând informații medicale) și primirea documentelor emise de către Asigurător pentru a fi înmânate Contractantului. Documentele și comunicările conțin datele cu caracter personal necesare îndeplinirii activității de distribuție, așa cum sunt ele prevăzute de prevederile legale și necesare în legătură cu contractul de asigurare, brokerul de asigurare având atribuții în acest sens în calitate de intermediar principal.

Agentul de asigurare/brokerul de asigurare acționează în deplină conformitate cu interesele Contractantului și nu va solicita plata altor onorarii, comisioane, beneficii nepecuniare pentru a efectua activitatea de distribuție în vederea încheierii unui contract de asigurare.

Confidențialitatea informațiilor și protecția datelor cu caracter personal.

Datele confidențiale și datele cu caracter personal (inclusiv informațiile cu caracter medical) furnizate de către Contractant și/sau Asigurat vor fi prelucrate de către Asigurător cu respectarea prevederilor Regulamentului general privind protecția datelor 679/2016. Informații detaliate cu privire la scopurile în care sunt prelucrate datele cu caracter personal, precum și transferul acestor date se regăsesc pe Cererea de asigurare.

Art. 8. Care este definiția termenilor utilizați mai sus?

Contractul de asigurare conține următorii termeni generali, specifici și medicali:

An de asigurare	Perioada de un an cuprinsă între două date succesive de aniversare a contractului. Primul an de asigurare începe la data încheierii contractului prin semnarea cererii de asigurare.
Aniversarea contractului de asigurare (Aniversarea Cererii)	Fiecare aniversare a datei de încheiere a contractului.
Asigurat	Persoană fizică rezidentă în România, care locuiește permanent în România, cu vârsta cuprinsă între 1 zi și 85 de ani, maxim 64 de ani la data semnării Cererii de asigurare, a cărei stare de sănătate constituie obiectul asigurării. Asiguratul este definit în Art. 1. Este persoana desemnată în contract să beneficieze de drepturile prezentului contract, dar și asumându-și obligațiile contractuale.
Asigurător	Entitate legală care își asumă riscurile (direct și/sau prin reasigurare) în conformitate cu termenii contractuali ai asigurării, NN Asigurări de Viață S.A., societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, cod: RA-012/10.04.2003;
Beneficii	Serviciile și cheltuielile acoperite puse la dispoziția Asiguratului prin polița de asigurare așa cum sunt definite în Art. 3.



Boală	Orice tulburare a structurii sau funcției corpului, sistemului sau organului, cu un set identificabil și caracteristic de semne și simptome sau cu modificări anatomice consistente. În plus, un diagnostic trebuie să fie pus de un medic autorizat legal în specializarea sa. O boală va fi considerată ca fiind ansamblul leziunilor și efectelor care decurg din același diagnostic, precum și toate afecțiunile datorate aceleiași cauze sau unor cauze conexe. În cazul în care o afecțiune se datorează aceleiași cauze care a produs o boală anterioară sau o cauză înrudită, boala este considerată ca o continuare a celei anterioare și nu ca o boală separată.
Boli preexistente	Orice boală sau afecțiune a Asiguratului care a fost raportată, diagnosticată, tratată sau care a prezentat simptome sau constatări (semne) documentate din punct de vedere medical în decurs de 10 ani (7/5 ani pentru cancer) înainte de data de începere a asigurării.
Cardiolog consultant	Un medic specialist cardiolog în diagnosticarea și tratarea afecțiunilor inimii și ale vaselor de sânge.
Canale de informare utilizate de Asigurător	Asigurătorul își rezervă dreptul să aleagă canalul de comunicare pe care îl consideră cel mai potrivit, în funcție de tipul de comunicare, pentru Premium Care Abroad mijlocul de comunicare preferat este cel electronic.
Cancerul non-invaziv sau „in-situ”	Tumora malignă care se limitează la epiteliul în care și-a avut originea și care nu a invadat stroma sau țesuturile înconjurătoare.
Cerere de asigurare	Formular specific pe care Asiguratul sau Contractantul trebuie să îl completeze pentru a solicita intrarea în asigurare.
Cerere de despăgubire	Notificarea trimisă de Asigurat către Asigurător privind o boală confirmată în cadrul procesului menționat în Art. 2 ca fiind o boală acoperită sau care necesită o procedură medicală acoperită, permițând accesul Asiguratului la beneficiile poliței.
Certificat medical preliminar	Aprobarea scrisă, emisă de Further, care include confirmarea acoperirii în cadrul poliței înainte ca tratamentul în străinătate să fie efectuat în spitalul indicat, pentru orice tratament, servicii, consumabile sau rețete legate de o cerere de despăgubire.
Chestionar medical	Formular completat și semnat de Asigurat înainte de formalizarea Poliței, care stă la baza analizei de risc efectuată de către Asigurător. În cazul minorilor, formularul poate fi completat și semnat de titularul poliței sau de tutorele legal al Asiguratului.
Chirurgie	Toate operațiile cu scop diagnostic sau terapeutic, efectuate prin incizie sau prin alte mijloace de intrare internă, de către un chirurg într-un spital și care necesită în mod normal utilizarea unei săli de operație.
Chirurgie reconstructivă	Proceduri care au ca scop reconstrucția unei structuri pentru a corecta pierderea funcției acesteia.
Companie de brokeraj / broker de asigurare	Persoana juridică română, intermediar principal în distribuirea produselor financiare în conformitate cu legea, autorizat de care Autoritatea de Supraveghere Financiară (ASF).
Condiții speciale	Document care face parte din Polița de asigurare și care prezintă datele Asiguratului și ale Titularului poliței și numele persoanelor aflate în întreținere acoperite de Poliță, precum și suma asigurată, prima, data de începere și data de expirare.
Consultant de asigurare / agent de asigurare	Persoană fizică sau juridică, intermediar secundar în distribuirea produselor de asigurare ale NN Asigurări de Viață S.A, în conformitate cu legea și autorizat de care Autoritatea de Supraveghere Financiară (ASF). Activitatea agentului de asigurări este reglementată, supravegheată și controlată de către Autoritatea de Supraveghere Financiară și se face în baza Contractului de Agent și sub răspunderea Asigurătorului.
Contractant	Persoană fizică sau juridică ce are interes asigurabil cu privire la starea de sănătate a Asiguraților, care încheie Contractul de asigurare și plătește primele de asigurare. Acesta își asuma responsabilitatea furnizării informațiilor corecte și complete atât despre el, cât și despre asigurat. Contractantul este obligat legal să îndeplinească obligațiile din prezenta poliță, cu excepția obligațiilor care, prin natura lor, îl afectează pe Asigurat.
Data încheierii/începerii contractului de asigurare	Data la care a fost semnată cererea de asigurare, cu condiția ca prima inițială de asigurare să fi fost plătită și polița de asigurare să fie emisă ca urmare a încheierii procesului de evaluare a riscului;
Data încetării contractului de asigurare	Data la care acoperirea asigurată de poliță încetează, conform condițiilor din Art. 6.7.
Doctor	Profesionist care este autorizat legal să practice medicina.
Enayati	Enayati Medical City (firma Intermedicas Worldwide SRL) este compania partener care derulează serviciul de Diagnosticare Boli Grave.



Eveniment asigurat	Evenimentul acoperit prin asigurare Premium Care Abroad este diagnosticarea și tratamentul în străinătate așa cum sunt definite în Art. 3 și Art. 4 pentru bolile grave definite în Art. 2.
Excludere	O situație sau o condiție care nu este acoperita de polița de asigurare pentru care Asiguratul nu este obligat să plătească în caz de daună. Excluderile pentru boli grave acoperite sunt listate în Art. 2 iar cele pentru beneficii în Art. 4.
Further	Further Underwriting International SLU („Further”) este compania partener împuternicită să organizeze și presteze beneficiile: A Doua Opinie Medicală, Tratament în Străinătate și Medicină de Precizie. • Serviciul A doua opinie medicală: O a doua opinie medicală în ceea ce privește afecțiunile acoperite. Aceasta implică furnizarea unui al doilea raport de opinie medicală, în urma colectării și analizării detaliate a dosarelor medicale ale pacientului de către un medic specialist expert. • Serviciul de Concierge medical: Un serviciu prin care Further, în urma unei cereri de despăgubire aprobate, se ocupă de toate detaliile asociate cu tratamentul medical al unei persoane. Aceasta include supravegherea cazului și asistență în ceea ce privește aranjamentele de călătorie și cazare pentru persoana în cauză și pentru orice însoțitor eligibil. • Medicină de Precizie: O componentă a acoperirii Tratatamentului bolilor grave în străinătate prin care, în cazul anumitor diagnostice de cancer, Further organizează o analiză a profilului molecular pentru a furniza rapoarte care indică diagnostice precise, planuri de tratament personalizate, evaluarea rezistenței la tratament și prognoști precise. Serviciul poate duce la o evaluare a studiilor clinice adecvate și la o acoperire prin asigurare a cheltuielilor medicale și nemedicale aferente (Art. 3.5).
Indemnizația de asigurare	Suma fixă de bani pe care o plătește Asiguratul (direct sau prin împuternicit), conform prevederilor contractului de asigurare din Art. 3.
Interes asigurat	Motivația financiară pentru care Contractantul plătește primele de asigurare pentru Asigurat și pentru care acesta primește beneficiile poliței. Interesul asigurat este o cerință esențială pentru valabilitatea contractului și trebuie să fie real și legitim pe întreaga durată a contractului.
Leziuni	Daunele fizice provocate corpului Asiguratului.
Medicamente	Orice substanță sau combinație de substanțe care poate fi utilizată sau administrată Asiguratului fie în vederea restabilirii, corectării sau îmbunătățirii funcțiilor fiziologice, fie în scopul de a contribui la stabilirea unui diagnostic medical. Medicamentele trebuie să poată fi obținute numai pe baza unei rețete medicale eliberate de un medic și eliberate de un farmacist autorizat. O rețetă eliberată pentru un medicament de marcă este valabilă pentru un medicament generic cu aceleași ingrediente active, concentrație și formă de dozare ca și versiunea de marcă.
Medicație	Tratament medical cu medicamente.
Medicină Alternativă	Sisteme, practici și produse medicale sau de îngrijire a sănătății care nu sunt parte a medicinei convenționale sau a tratamentelor standard, incluzând dar nu limitat la: acupunctură, aromaterapie, chiropractică, homeopatie, medicină naturistă, Ayurveda, medicină tradițională chinezească, osteopatie.
Necesar din punct de vedere medical	Servicii sau bunuri medicale care sunt: • prescrise Asiguratului în scopul tratării unei boli acoperite sau al organizării unei proceduri medicale acoperite cu scopul de a îmbunătăți starea medicală a Asiguratului; și • recunoscute ca fiind eficiente pentru îmbunătățirea rezultatelor în materie de sănătate în urma unor planuri de tratament care sunt în concordanță cu tipul, frecvența și durata diagnosticului, în conformitate cu literatura medicală publicată și revizuită de medici (cum ar fi Pubmed) sau cu ghidurile științifice din S.U.A., Marea Britanie și/sau Europa (în mod specific, se vor aplica Ghidurile de practică clinică în oncologie ale NCCN în ceea ce privește tratamentul cancerului (Art. 2.1); și • rentabil în comparație cu tratamentele alternative care duc la rezultate similare, inclusiv lipsa tratamentului; și • necesară din alte motive decât pentru confortul Asiguratului sau al medicului său. Faptul că un medic poate recomanda, prescrie, ordona sau aproba un serviciu sau o furnizare nu stabilește în mod necesar, în sine, că un astfel de serviciu sau furnizare este necesar din punct de vedere medical în conformitate cu prezenta Poliță. Necesitatea medicală este stabilită de comisia medicală desemnată de Further.

Partener	Soțul/soția legal(ă), partenerul civil sau, dacă nu este căsătorit(ă), o persoană cu vârsta de peste 18 ani care locuiește cu titularul poliței și care este dependentă financiar de acesta (sau amândoi sunt dependenți financiar unul de celălalt). Partenerul nu poate fi o rudă a titularului poliței, alta decât soțul legal sau partenerul civil, iar titularul poliței poate numi o singură persoană ca partener. Aceștia pot fi de același sex sau de sex opus
Perioadă de despăgubire aplicabilă Modulului de boli grave	Fiecare Modul de boli grave are o perioadă de despăgubire proprie numită „Perioada de despăgubire aplicabilă Modulului de boli grave”. Această perioadă: • începe de la data primei cheltuieli medicale efectuate în străinătate la nivel de modul de boli grave, aranjată și plătită de Further, conform Certificatului medical preliminar; • este de treizeci și șase (36) de luni continue; • este perioada de timp pentru care se plătesc beneficiile din poliță, indiferent de numărul de dosare de daună acceptate în cadrul aceluiași modul de acoperire.
Perioadă de excludere	Perioadă de 180 de zile de la data începerii asigurării sau de la includerea unui nou Asigurat, în timpul căreia orice boală în curs de investigații, diagnosticată, tratată sau care prezintă primele simptome documentate medical nu va fi eligibilă pentru niciun beneficiu al poliței pe durata de viață a poliței.
Politică	Documentație scrisă care detaliază condițiile contractului de asigurare, inclusiv prezentele Condiții generale ale poliței, formularul de cerere, chestionarul de sănătate și condițiile specifice, precum și orice anexă sau act adițional care poate fi inclus, dacă este necesar, pentru a modifica sau schimba aceste documente.
Poliță de asigurare	Documentul emis de Asigurător prin care confirmă încheierea contractului de asigurare și descrie acoperirile.
Primă	Prețul asigurării, suma datorată Asigurătorului. Frecvența plății este detaliată în Condițiile speciale. Chitanța va include suprataxe și taxe.
Primă inițială	Suma de bani pe care Contractantul asigurării o plătește atunci când încheie cererea de asigurare.
Produse de terapie cu celule somatice	Acestea conțin celule sau țesuturi care au fost manipulate pentru a le modifica caracteristicile biologice sau celule sau țesuturi care nu sunt destinate a fi utilizate pentru aceleași funcții esențiale în organism. Acestea pot fi utilizate pentru a vindeca, diagnostica sau preveni bolile.
Produse de terapie genică	Acestea conțin gene care conduc la un efect terapeutic, profilactic sau de diagnosticare. Acestea funcționează prin inserarea de gene „recombinante” în organism, de obicei pentru a trata o varietate de boli, inclusiv tulburări genetice, cancer sau boli de lungă durată. O genă recombinantă este o porțiune de ADN sau ARN care este creată în laborator, reunind ADN sau ARN din surse diferite.
Produse obținute prin inginerie tisulară	Acestea conțin celule sau țesuturi care au fost modificate astfel încât să poată fi utilizate pentru a repara, regenera sau înlocui țesuturile umane.
Proteză	Un dispozitiv care înlocuiește total sau parțial un organ sau care înlocuiește total sau parțial funcția unei părți a corpului care nu funcționează sau care funcționează defectuos.
Spital	O organizație privată sau publică autorizată prin lege să ofere tratament medical pentru boli sau leziuni corporale, dotată cu mijloace materiale/tehnologice și cu personal adecvat pentru a pune diagnostic și a efectua intervenții chirurgicale și care este asistată de medici și de personal medical 24 de ore pe zi.
Spitalizare	Tratament pentru o boală acoperită și/sau proceduri medicale cu cel puțin o noapte de cazare într-un spital sau clinică.
Sumă Asigurată	Sumă maximă plătită pentru beneficiile acoperite pe perioada contractuală pentru bolile definite în Art. 2 și beneficiile definite în Art. 3.
Supraveghere medicală	Orice investigație de diagnosticare și/sau serviciu de monitorizare/supraveghere (de către un medic cu expertiză specială referitoare la boala tratată) după tratamentul în străinătate, utilizat pentru a identifica dacă Asiguratul suferă (sau este posibil să sufere) o deteriorare sau o complicație a bolii tratate, în scopul prevenirii recidivelor sau reaparităților aceleiași boli. Planul de îngrijire ulterioară trebuie elaborat de către medicul curant din străinătate, indicând intervalele de timp și tipul de proceduri de diagnosticare.



Terapia cu celule T CAR (Terapia cu celule T cu receptorul antigen himeric)	Tip de tratament în care celulele T ale pacientului (un tip de celule ale sistemului imunitar) sunt modificate în laborator astfel încât să atace celulele canceroase. Celulele T sunt prelevate din sângele unui pacient. Apoi, în laborator se adaugă gena unui receptor special care se leagă de o anumită proteină din celulele canceroase ale pacientului. Receptorul special se numește receptor chimeric de antigen (CAR). Un număr mare de celule CAR T sunt cultivate în laborator și administrate pacientului prin perfuzie.
Termene contractuale	În contractul de asigurare, termenele stabilite pe ani, luni sau săptămâni se împlinesc la ora 00:00 a zilei calendaristice a anului/lunii/săptămânii corespunzătoare zilei în care încep să curgă. În cazul termenelor stabilite pe zile (calendaristice sau lucrătoare), acestea se calculează pe zile pline, în calculul acestora intrând atât ziua în cadrul căreia aceste termene încep să curgă cât și ultima zi a termenului. Termenele contractuale de acest tip se împlinesc de la finalul ultimei zile calendaristice a termenului astfel calculat.
Terorism	Înseamnă un act sau o amenințare cu acte de violență sau un act care dăunează vieții umane, proprietății corporale sau necorporale sau infrastructurii, cu intenția sau efectul de a influența orice guvern sau întreprindere comercială sau de a suscita teamă în rândul publicului sau al unei părți a publicului.
Tratamentul experimental	Un tratament, o procedură, un curs de tratament, un echipament, un medicament sau un produs farmaceutic destinat utilizării medicale sau chirurgicale care: nu a fost acceptat/ă în mod universal ca fiind sigur/ă, eficient/ă și adecvat/ă pentru tratamentul bolilor sau leziunilor de către diversele organizații științifice recunoscute de comunitatea medicală internațională; sau care face obiectul unui studiu, al unei cercetări, al unei testări sau care se află în orice stadiu de experimentare clinică.
Tratamentul în străinătate	Tratamentul necesar din punct de vedere medical organizat de Further pe durata Perioadei de despăgubire aplicabile Modulului de boli grave în afara României, S.U.A., Japonia și Elveția și acoperit prin prezenta Poliță.
Tulburări cognitive	Tulburări care afectează în mod semnificativ funcția cognitivă a unei persoane până la punctul în care funcționarea normală în societate este imposibilă fără tratament, conform definiției din ultima versiune a Manualului de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale (DSM-V).

Aceste condiții generale de asigurare sunt valabile începând cu data de 12.12.2023.

Kuldeep Kaushik

Director General



Gabriela Lupaș Țicu

Director Arie Marketing și Operațiuni




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.