

Condițiile generale ale contractului de Asigurare de Sănătate NN



Tu contezi !

Cuprins

Cui se adresează Asigurarea de Sănătate NN?

Care sunt componentele Asigurării de Sănătate NN?

Ce acoperă Asigurarea de Sănătate NN?

Spitalizare continuă fără intervenție chirurgicală

Spitalizare continuă cu intervenție chirurgicală

Spitalizare de zi pentru administrarea medicației citostatice

Spitalizare de zi pentru intervenție chirurgicală în spital

sau intervenție chirurgicală în ambulatoriul de specialitate

Materiale protetice montate chirurgical

Intervenția prin chirurgia robotică

Indemnizația pentru reducerea și imobilizarea fracturilor, entorselor gradul 2 și 3 și luxațiilor, în regim de urgență

Indemnizația pentru spitalizarea de zi

Transportul cu ambulanța privată

Indemnizația pentru naștere și indemnizația pentru copil nou născut

Ce alte beneficii suplimentare sunt incluse în Asigurarea principală?

Serviciul „Camera de Gardă Telios”

Serviciul de Telemedicină

Beneficiul suplimentar „A doua opinie medicală”

Ce nu acoperă Asigurarea de Sănătate NN și în ce condiții?

Care este perioada de așteptare pentru Asigurarea de Sănătate NN?

Perioada de așteptare pentru evenimente/afecțiuni cauzate de un accident

Perioada de așteptare pentru evenimente/afecțiuni cauzate de o îmbolnăvire

Cum poate fi folosită asigurarea în cazul unui eveniment asigurat?

Spitalizarea și/sau intervenția chirurgicală în spitalele din rețeaua medicală NN

Spitalizarea și/sau intervenția chirurgicală în spitalele publice și private care nu sunt incluse în Rețeaua medicală NN

Nașterea

Alte mențiuni importante

Ce informații sunt importante pentru derularea contractului?

Documentele contractuale

Care este suma asigurată pentru Asigurarea de Sănătate NN?

Încheierea contractului de asigurare, intrarea în vigoare și reînnoirea

Cât costă Asigurarea de Sănătate NN?

Întârzierea plății primelor de asigurare

Ce modificări contractuale se pot face?

Când încetează asigurarea de sănătate NN?

Alte aspecte importante

Care este definiția termenilor utilizați în condițiile de asigurare de Sănătate NN?



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**, pentru informații generale despre asigurări la adresa asigurari@nn.ro; pentru dosarele de daună pentru Asigurarea de Sănătate NN, la adresa asiguresanatate@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;

Atât Asiguratul, cât și Contractantul asigurării pot solicita suport în vederea accesării serviciilor medicale la **linia telefonică de asistență medicală**. Acest serviciu este disponibil la numărul de telefon **021 9464**, fiind oferit prin intermediul **MedNet**. Ne poți întreba despre asigurarea ta și te ajutăm dacă ai nevoie de îndrumare medicală. Verificăm dacă ești acoperit și în ce limită de sumă asigurată, îți spunem ce trebuie să faci pentru autorizarea serviciilor medicale în spitalele din rețeaua medicală NN sau din afara ei. Autorizarea serviciilor medicale se face în maximum 24 de ore după ce ne dai toate detaliile. Procesele de pre-autorizare și autorizare a internărilor depind de programul spitalelor și nu se desfășoară pe timpul nopții, în weekend sau de sărbători legale.

Programul Call Center MedNet este 8:00–20:00 în zilele lucrătoare (luni–vineri, mai puțin sărbători legale). În afara programului Call Center-ului, **toate nevoile de suport** sunt în continuare acoperite **24/7** astfel:

- suport medical rapid prin serviciul de Telemedicină sau recomandarea de a accesa serviciul de Urgență;
- nevoile de informații despre asigurare (spitalizarea de urgență, pre-autorizarea, acoperiri sau stadiu dosar de daună) sunt acoperite prin informații structurate înregistrate. Apelurile din afara programului care solicită discuție cu un operator (ca de exemplu anunțarea internării), sunt returnate cu prioritate în dimineața următoarei zile lucrătoare.

Ce mai este important de știut?

Acest document conține informațiile generale, specifice Asigurării de Sănătate NN, importante pentru buna desfășurare a contractului de asigurare. Găsești detalii despre cum funcționează, ce acoperă și care sunt beneficiile asigurării, precum și despre drepturile și obligațiile Asiguratului, Contractantului și Asiguratorului. De asemenea, deoarece documentul conține termeni și noțiuni specifice pentru contractele de asigurare de sănătate, pentru o mai bună înțelegere a acestora, în Art.10 vei găsi explicarea termenilor folosiți în cadrul acestor condiții contractuale.

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



Art. 1. Cui se adresează Asigurarea de Sănătate NN?

Asigurarea de Sănătate NN este un produs de asigurare de sănătate disponibil exclusiv persoanelor fizice cu rezidență în România și care locuiesc în România și au vârsta cuprinsă între **1 lună și 64 de ani** la data semnării Cererii de asigurare.

Copiii născuți prematur pot intra în asigurare începând cu vârsta de 3 luni.

La data semnării cererii de asigurare sau în momentul intrării în vigoare a contractului de asigurare persoana asigurată nu trebuie să fie spitalizată. În cazul în care nu este îndeplinită această condiție, Asigurătorul își rezervă dreptul de a nu plăti indemnizația de asigurare și/sau de a oferi asigurarea în alte condiții, inclusiv încetarea contractului pentru Asigurat.

Părțile Contractului de Asigurare de Sănătate NN (în continuare „Contractul de asigurare” sau „Contractul”) sunt:

- **Contractantul:** persoană fizică sau juridică, care are interes asigurabil cu privire la starea de sănătate a Asiguraților, încheie Contractul de asigurare și plătește primele de asigurare.
- **Asiguratul:** persoană fizică rezidentă în România și care locuiește în România, cu vârsta cuprinsă între **1 lună și 64 de ani** la data semnării Cererii de asigurare, a cărei stare de sănătate constituie obiectul asigurării. O persoană poate avea calitatea de Asigurat într-un singur Contract de Asigurare de Sănătate NN. Într-un Contract de asigurare pot fi până la 10 (zece) Asigurați, în același timp. Fiecare Asigurat trebuie să aleagă o variantă de Protecție principală. Toți copiii cu vârsta sub 18 ani care au calitatea de Asigurat în același Contract de Asigurare de Sănătate NN trebuie să dețină aceeași variantă de Protecție principală.
- **Asigurătorul:** NN Asigurări de Viață S.A.

Asigurătorul împuternicește **MedNet Grecia S.A. Atena Sucursala București** să acorde suport Asiguraților în folosirea serviciilor medicale oferite prin asigurare, să ofere ajutor administrativ și să soluționeze evenimentele asigurate.

Art. 2. Care sunt componentele Asigurării de Sănătate NN?

Asigurarea de Sănătate NN are următoarele componente:

- **Asigurarea principală;**
- **Opțiuni suplimentare.**

Asigurarea principală

Fiecare Asigurat poate beneficia, în funcție de ce a ales, de una din următoarele variante:

- **asigurare cu protecția principală din accident** care acoperă costurile spitalizării și intervenției chirurgicale, în scop curativ, pentru tratamentul afecțiunilor cauzate de un accident.
- **asigurare cu protecția principală din accident și îmbolnăvire** care acoperă costurile spitalizării și intervenției chirurgicale, în scop curativ, pentru tratamentul afecțiunilor cauzate de un accident sau o îmbolnăvire.

Suma maximă acoperită pentru asigurarea principală, indiferent de varianta aleasă, este de **100.000 lei/Asigurat/An contractual de asigurare.**

Opțiuni suplimentare

Fiecare Asigurat, **poate alege suplimentar**, pe lângă asigurarea principală și opțiuni suplimentare, care se pot adăuga **oricând pe parcursul contractului de asigurare** și care au condiții contractuale specifice. Opțiunile suplimentare disponibile pentru Asigurarea de Sănătate NN sunt:

- **Asigurarea suplimentară pentru Cancer, Arsuri majore și Transplant**
- **Beneficiul opțional Prevenție**



Art. 3. Ce acoperă Asigurarea de Sănătate NN?

Asigurarea de Sănătate acoperă spitalizarea cu sau fără intervenție chirurgicală pentru tratarea afecțiunilor cauzate de un accident sau de o îmbolnăvire.

Asiguratul poate alege un spital din rețeaua medicală NN, un spital privat din afara rețelei NN sau un spital public, în țară sau în străinătate. Lista spitalelor și clinicilor din rețeaua medicală NN este disponibilă pe site-ul NN Asigurări de Viață S.A. la adresa www.nn.ro/reteaua-medicala-nn cu informații actualizate permanent.

Evenimentele asigurate acoperite de Asigurarea de Sănătate NN sunt următoarele:

3.1. Spitalizare continuă fără intervenție chirurgicală

Evenimente asigurate acoperite de Asigurarea de Sănătate NN	Asigurat	Spitale în Rețeaua medicală NN	Spitale din afara Rețelei medicale NN (publice sau private) care eliberează factură fiscală pentru serviciile medicale	Spitale publice care nu eliberează factură fiscală
Pentru evenimentele asigurate acoperite, sunt despăgubite costuri pentru: cazare standard, medicație, asistență medicală, onorarii medici, consumabile medicale, tratament medical, proceduri și investigații medicale	Copii până la 15 ani, spitalizați cu/fără un însoțitor	100% din costuri	80% din costuri	600 lei/zi
	Copii de la 15 ani și adulți	100% din costuri	80% din costuri	500 lei/zi
	Asigurat spitalizat în secția de ATI (pentru 24 de ore continue de spitalizare în secția ATI)	100% din costuri	80% din costuri	1.000 lei/zi

3.2. Spitalizare continuă cu intervenție chirurgicală

Evenimente asigurate acoperite de Asigurarea de Sănătate NN	Asigurat	Spitale în Rețeaua medicală NN (decontare directă)	Spitale din afara Rețelei medicale NN (publice sau private) care eliberează factură fiscală pentru serviciile medicale	Spitale publice care nu eliberează factură fiscală
Pentru evenimentele asigurate acoperite, sunt despăgubite costurile pentru: consult preanestezic, cazare standard, medicație, asistență medicală, onorarii medici, consumabile medicale, tratament medical, proceduri și investigații medicale, cost sală operații, anestezie, examen histopatologic pentru piesele anatomice recoltate intraoperator	Copii până la 15 ani, spitalizați cu/fără un însoțitor	100% din costuri (cu excepția materialelor protetice și a intervenției chirurgicale robotice)	80% din costuri, până la maxim 50.000 lei/eveniment asigurat cu excepția intervenției chirurgicale robotice	600 lei/zi 1.500lei/ eveniment de intervenție chirurgicală*
	Copii de la 15 ani și adulți	100% din costuri (cu excepția materialelor protetice și a intervenției chirurgicale robotice)	80% din costuri, până la maxim 50.000 lei/eveniment asigurat cu excepția intervenției chirurgicale robotice	500 lei/zi 1.500lei/ eveniment de intervenție chirurgicală*
	Asigurat spitalizat în secția de ATI (pentru 24 de ore continue de spitalizare în secția ATI)	100% din costuri (cu excepția materialelor protetice și a intervenției chirurgicale robotice)	inclus în costurile acoperite în spitalizarea cu intervenție chirurgicală cu excepția intervenției chirurgicale robotice	1.000 lei/zi 1.500lei/ eveniment de intervenție chirurgicală*

***Indemnizația de 1.500 lei pentru intervențiile chirurgicale efectuate în spitale publice se acordă doar dacă Asiguratul este internat cel puțin 2 nopți pentru acel eveniment de intervenție chirurgicală. Dacă în cadrul aceleiași spitalizări se realizează mai multe intervenții chirurgicale, se consideră un singur eveniment asigurat și se acordă o singură indemnizație.**

Pentru astfel de intervenții chirurgicale ce necesită cel puțin 2 nopți de spitalizare, se va plăti Asiguratului atât indemnizația pentru episodul de intervenție chirurgicală, cât și indemnizația pentru fiecare zi de spitalizare.



3.3. Spitalizare de zi pentru administrarea medicației citostatice

Evenimente asigurate acoperite de Asigurarea de Sănătate NN	Spitale în Rețeaua medicală NN (decontare directă)	Spitale din afara Rețelei medicale NN (publice sau private) care eliberează factură fiscală pentru serviciile medicale	Spitale publice care nu eliberează factură fiscală
Sunt acoperite costurile pentru: cazarea standard, asistență medicală, procedurile medicale și consumabilele necesare administrării citostatice, costul medicației administrate pentru efectele secundare ale chimioterapiei în timpul spitalizării, costurile investigațiilor de stadializare a bolii neoplazice incluse în programul de tratament chimioterapic și efectuate în spitalizare de zi, între ciclurile de chimioterapie.	100% din costuri (cu excepția materialelor protetice)	80% din costuri	250 lei/zi

Nu sunt acoperite și despăgubite costurile medicației citostatice.

3.4. Spitalizare de zi pentru intervenție chirurgicală în spital sau intervenție chirurgicală în ambulatoriul de specialitate

Evenimente asigurate acoperite de Asigurarea de Sănătate NN	Spitale în Rețeaua medicală NN (decontare directă)	Spitale din afara Rețelei medicale NN (publice sau private) care eliberează factură fiscală pentru serviciile medicale	Spitale publice care nu eliberează factură fiscală
Sunt acoperite costurile pentru: cazare standard, asistență medicală, onorariu medici, proceduri și investigații, cost sală operații, anestezie, examen histopatologic pentru piesele anatomice recoltate intraoperator.	100% din costuri (cu excepția materialelor protetice)	80% din costuri, până la maxim 50.000 lei/eveniment asigurat	450 lei/ eveniment asigurat

3.5. Materiale protetice montate chirurgical

Sunt acoperite parțial costurile pentru materialele protetice necesare ca parte a tratamentului, conform mențiunilor de mai jos:

Evenimente asigurate acoperite de Asigurarea de Sănătate NN	Spitale în Rețeaua medicală NN (decontare directă)	Spitale din afara Rețelei medicale NN (publice sau private) care eliberează factură fiscală pentru serviciile medicale	Spitale publice care nu eliberează factură fiscală
Sunt acoperite costurile pentru materiale protetice necesare ca parte a tratamentului, în limita menționată, în funcție de spitalul la care are loc intervenția chirurgicală de montare a dispozitivului.	maxim 6.000lei/ intervenție chirurgicală	maxim 4.800 lei/intervenție chirurgicală	Costurile nu sunt acoperite

3.6. Intervenția prin chirurgie robotică

Evenimente asigurate acoperite de Asigurarea de Sănătate NN	Spitale în Rețeaua medicală NN (decontare directă)	Spitale din afara Rețelei medicale NN (publice sau private) care eliberează factură fiscală pentru serviciile medicale	Spitale publice care nu eliberează factură fiscală
Sunt acoperite parțial costurile necesare ca parte a tratamentului cu chirurgia robotică	maxim 50.000lei/ episod de spitalizare (indiferent de valoarea totală a costurilor de spitalizare, medicație, etc.)	80% din costuri, dar nu mai mult de 40.000 lei/episod de spitalizare (indiferent de valoarea totală a costurilor de spitalizare, medicație, etc.)	450 lei/zi



3.7. Indemnizația pentru reducerea și imobilizarea fracturilor, entorselor gradul 2 și 3 și luxațiilor, în regim de urgență

Evenimente asigurate acoperite de Asigurarea de Sănătate NN	Spitale în Rețeaua medicală NN (decontare directă)	Spitale din afara Rețelei medicale NN (publice sau private) care eliberează factură fiscală pentru serviciile medicale	Spitale publice care nu eliberează factură fiscală
Sunt acoperite costurile pentru: cazarea standard, asistență medicală, procedurile medicale și consumabile	100% din costuri	250 lei/eveniment asigurat	250 lei/ eveniment asigurat

Sunt acoperite doar evenimentele confirmate imagistic în urgență, în camera de gardă.

Nu sunt acoperite și despăgubite costurile imobilizării dacă procedura de imobilizare este acoperită în alt episod de spitalizare sau intervenție chirurgicală.

3.8. Indemnizația pentru spitalizarea de zi

Evenimente asigurate acoperite de Asigurarea de Sănătate NN	Spitale în Rețeaua medicală NN (decontare directă)	Spitale din afara Rețelei medicale NN (publice sau private) care eliberează factură fiscală pentru serviciile medicale	Spitale publice care nu eliberează factură fiscală
Indemnizația pentru spitalizarea de zi	200 lei	200 lei	200 lei

Pentru evenimentele de Spitalizare de zi, altele decât cele acoperite la punctele 3.3, 3.4, 3.7, se va plăti o singură indemnizație în valoare de 200 lei pe spitalizare de zi/per eveniment, fără alte costuri suplimentare.

Indemnizația de la punctul 3.8 nu se va cumula cu indemnizațiile de la punctele 3.3, 3.4, 3.7.

Indemnizația pentru spitalizarea de zi se va plăti per eveniment, indiferent de numărul de zile de spitalizare din acel eveniment. Sunt acoperite maximum 4 indemnizații/an de asigurare.

Nu sunt acoperite evenimentele și plătite indemnizațiile pentru spitalizarea și tratamentul pentru recuperarea medicală (indiferent de modul și tipul de recuperare) și orice alte terapii/metode alternative de recuperare, convalescență, tratamente paleative, geriatrie, spa, sanatorii sau centre de îngrijire.

În cazul în care Asiguratul deține mai multe contracte de asigurare de sănătate la companii diferite, plata indemnizației de asigurare prin decontarea directă se poate realiza o singură dată/eveniment asigurat, în baza unui singur contract de asigurare de sănătate. În cazul în care Asiguratul nu optează pentru decontare directă și deține o factură pe numele său, indemnizația de asigurare calculată conform facturii va fi achitată prin plata în cont bancar indicat de Asigurat, conform condițiilor contractuale ale Asigurării de Sănătate NN.

3.9. Transportul cu ambulanța privată

Suma asigurată pentru transportul cu ambulanța privată este în valoare de **1.500 lei pe an de asigurare.**

Plata despăgubirii se face în baza documentului medical, facturii și dovada plății efectuată de Persoana Asigurată/Contractant, fără a depăși suma asigurată de 1.500 de lei, indiferent de numărul de evenimente dintr-un an de asigurare.

3.10. Indemnizația pentru naștere și indemnizația pentru copil nou născut

Indemnizația pentru naștere și indemnizația pentru copilul nou-născut se acordă Asiguraților care au optat pentru **Protecția principală din accident și îmbolnăvire**, după 12 luni de asigurare continuă.

Valorile indemnizației pentru **naștere** și a indemnizației pentru copil **nou-născut** cresc progresiv în funcție de vechimea contractului de asigurare, după cum urmează:

- Anul 2 de asigurare: 1.500 lei
- Anul 3 de asigurare: 1.700 lei
- Anul 4 de asigurare: 2.000 lei
- Începând cu anul 5: 2.500 lei

Indemnizațiile au aceeași valoare și se acordă indiferent dacă nașterea are loc într-un spital public sau privat.



Indemnizația pentru naștere se plătește Asiguratului (mama). Este acordată **o singură indemnizație pentru naștere**, indiferent de numărul nou-născuților și indiferent de procedura de naștere (cezariană, naștere naturală). **Orice alte costuri de spitalizare sau intervenție chirurgicală asociate nașterii nu sunt acoperite.**

Indemnizația pentru copilul nou născut se plătește Asiguratului (mama sau tata). Pentru fiecare copil nou născut, indemnizația se acordă o singură dată/Asigurat.

De exemplu, pentru o familie cu gemeni nou-născuți, în care ambii părinți sunt asigurați de peste 5 ani, se vor acorda 5 indemnizații **în valoare totală de 12.500 lei**:

- mama va primi **o indemnizație** pentru naștere plus **2 indemnizații** pentru cei 2 copii nou-născuți
- tatăl va primi **2 indemnizații** pentru cei 2 copii nou-născuți.

În Art. 5 sunt detaliate toate costurile neacoperite și situațiile pentru care nu se acordă indemnizația pentru Asigurarea de Sănătate NN.

Art. 4. Ce alte beneficii suplimentare sunt incluse în Asigurarea principală?

Asigurarea de Sănătate NN oferă acces la o serie de beneficii incluse în asigurarea principală, care nu pot fi oferite separat.

4.1. Serviciul „Camera de Gardă Telios”

„Camera de Gardă Telios” este un **serviciu de telemedicină dedicat evaluării și gestionării situațiilor medicale acute, non-vitale, care necesită un răspuns medical rapid, serviciu oferit de Telios Care.**

În conformitate cu normele metodologice ale HG 1133/2022, urgența medicală în telemedicină este definită ca o situație acută, care necesită evaluare medicală imediată pentru a preveni agravarea stării pacientului, dar care, prin natura sa, poate fi gestionată (evaluată și/sau tratată inițial) de la distanță, fără a necesita o intervenție fizică imediată.

Serviciul „Camera de Gardă Telios”, oferă acces prioritar la o echipă de medici specialiști în Medicină de Urgență, pregătiți să ofere:

- consiliere medicală,
- diagnostic prezumtiv,
- recomandări de tratament.

Serviciul este disponibil 24 de ore pe zi, 7 zile pe săptămână, 365 de zile pe an, cu acces nelimitat. Poate fi utilizat de Persoana Asigurată din orice locație, inclusiv din afara țării, prin :

- apel telefonic la **0373 787 810**;
- apăsarea butonului „**Sună Medic de Urgență**” din aplicația Telios.

La inițierea apelului, pacientul primește un mesaj de avertizare care îi reamintește să sune la 112 pentru urgențe vitale. Este preluat imediat de un medic specialist în Medicină de Urgență.

Medicul aplică protocolul de triaj și stabilește codul de urgență intern (Nivel 0-3), apoi efectuează consultația. Niveluri de urgență:

Nivel 0 (Excluziune Vitală): Cazul prezintă semne de pericol vital sau Red Flags. Pacientul este instruit imediat să închidă și să sune la 112.

Nivel 1 (Răspuns Critic / Urgență Reală): Pacientul cu funcții vitale stabile, dar care necesită evaluare urgentă și intervenție rapidă (echivalent Cod Galben UPU/ESI 2). Preluare cu prioritate maximă.

Nivel 2 (Răspuns Prioritar / Acut, non-urgent): Pacientul cu o problemă acută ce poate aștepta în siguranță o scurtă perioadă (echivalent Cod Verde UPU/ESI 3). Preluat în SLA-ul de urgență.

Nivel 3 (Reprogramare Standard / Non-urgentă): Pacientul este informat că problema sa nu reprezintă o urgență și este redirectionat către o programare standard.

În funcție de caz, medicul:

- oferă recomandări de tratament, sau
- îndrumă pacientul către UPU sau alte servicii medicale fizice în regim de urgență.

După consultație, pacientul primește o **scrisoare medicală digitală (raport medical)** cu evaluarea



preliminară și motivele trimiterii. În plus, în următoarele 24 de ore, un asistent medical contactează pacientul pentru a verifica evoluția stării de sănătate.

Pentru a beneficia de acest serviciu, Asiguratorul va transmite către Telios Care, în vederea identificării Asiguratului pentru accesarea serviciului, următoarele date ale Asiguratului: CNP, nume, prenume, număr de telefon, adresă de email. În cazul Asiguratului minor, se trimit datele de identificare ale acestuia (nume, prenume, CNP), împreună cu datele de contact ale reprezentantului legal/Contractantului (număr de telefon, adresa de email).

Acest serviciu NU ÎNLOCUIEȘTE și NU REPREZINTĂ o alternativă la Serviciul Național Unic pentru Apeluri de Urgență 112.

Cazurile care implică un pericol vital imediat (ex: durere toracică severă cu suspiciune de infarct, accident vascular cerebral, stop cardio-respirator, hemoragii masive, pierderea cunoștinței, traumatisme majore) necesită apelarea IMEDIATĂ la 112.

4.2. Serviciul de Telemedicină

Serviciul de telemedicină este un serviciu de asistență medicală la distanță cu modalități multiple de acces:

- prin telefon la numărul **021 9464**;
- prin platforma online **nn.telios.ro** (prin chat sau videoconferință);
- prin aplicația mobilă Telios Care.

Serviciul este oferit prin parteneriat cu Telios Care și este **disponibil 24/7**.

Prin serviciul de Telemedicină, Asigurații beneficiază de:

1. **Consultații pentru diagnostic, tratament sau recomandări pentru 30 specialități medicale și non-medicale:**
 - **telefonice** cu un medic specialist în doar câteva minute de la inițierea apelului telefonic și în aproximativ o oră de la trimiterea unei solicitări online;
 - **prin chat**;
 - **video consultații** printr-un sistem securizat de videoconferință.
2. **Posibilitatea de a încărca securizat în dosarul medical personal documente medicale**, fotografii, buletine de analize;
3. **Monitorizare ulterioară** prin verificări telefonice efectuate de către asistenți medicali;
4. **Recomandări medicale și prescripții digitale de medicamente în contul pacientului, valabile în întreaga Uniune Europeană**;
5. **Verificarea disponibilității tratamentului prescris în farmaciile din rețeaua Telios** și ridicarea tratamentului prescris direct de la farmacia aleasă de pacient;
6. **Acces la istoricul de consultații și documente medicale** din platforma online (conversațiile din chat cu medicii, rapoarte medicale, trimiteri și rețete, planuri de nutriție și de fitness etc.)

Serviciul este disponibil pentru Persoana Asigurată și, în cazul asiguraților adulți, și pentru membrii familiei (un adult și copiii). Pentru asigurații minori, serviciul este disponibil pentru Persoana Asigurată minoră și pentru Contractant, indiferent dacă acesta este asigurat.

Adăugarea membrilor familiei se face de către Asiguratul adult direct în platformă, în secțiunea „Membrii de Familie”.

În cazul Asiguratului minor, contul se creează de către Contractantul persoană fizică trimițând solicitarea la customer-support@telios.ro sau support@telios.ro, menționând: CNP-ul Contractantului și solicitarea de adăugare a copilului Persoană Asigurată ca dependent.

Serviciul poate fi accesat de oriunde, inclusiv din afara țării.

Specialitățile medicale și non-medicale incluse în serviciul de Telemedicină sunt următoarele: Alergologie și Imunologie clinică, Boli Infecțioase, Cardiologie, Chirurgie Pediatrică, Dermatovenerologie, Diabet, Nutriție și boli metabolice, Endocrinologie, Farmacie, Gastroenterologie, Medicină Internă, Nefrologie, Neurologie, Obstetrică-Ginecologie, Oftalmologie, Oncologie medicală, ORL, Ortopedie și Traumatologie, Ortopedie Pediatrică, Psihiatrie, Psihiatrie Pediatrică, Reumatologie, Stomatologie, Urologie, Medicină Generală și Pediatrie, Recuperare, Medicină fizică și balneologie, Nutriție, Kinetoterapie, Fitness, Psihologie.



Pentru a beneficia de acest serviciu, Asiguratorul va transmite către Telios Care, în vederea identificării Asiguratului pentru crearea contului în platforma Telios Care, următoarele date ale Asiguratului: CNP, nume, prenume, număr de telefon, adresă de email. În cazul Asiguratului minor, se trimit datele de identificare ale acestuia (nume, prenume, CNP), împreună cu datele de contact ale reprezentantului legal/Contractantului (număr de telefon, adresa de email).

Contul se creează automat de către Telios prin intermediul platformei și Asiguratul va primi de la Telios confirmarea creării contului.

Activarea contului se face de către client prin definirea parolei proprii, **accesând linkul** primit prin:

- **email** în cazul în care există o adresă de email de contact;
- **SMS** în cazul în care nu există o adresă de email, ci există un număr de telefon de contact.

În cazul în care nu există nici adresă de email, nici număr de telefon de contact, sau pentru Contractant persoană juridică cu Asigurat minor, contul se creează prin accesarea www.telios.ro/nn.

În cazul în care persoana asigurată are deja un cont activ nu se generează un link pentru un alt cont.

Asigurații pot solicita informații suplimentare despre serviciul de Telemedicină sau semnala probleme tehnice legate de accesarea lui, telefonic la numărul **021 9464** sau prin email la adresele **customer-support@telios.ro** și **support@telios.ro**

4.3. Beneficiul suplimentar „A doua opinie medicală”

Beneficiul oferă persoanelor asigurate, prin intermediul Enayati Medical City (Intermedicas Worldwide SRL), acces la:

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

Beneficiul „A doua opinie medicală” se poate solicita de către Asigurat:

1. pentru afecțiuni:

• Cancerul

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

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

• Afecțiuni din aria cardiovasculară (cord, artere, vene) din următoarele categorii:

■ boli cardiovasculare pentru al căror tratament se recomandă:

- ♦ proceduri de cardiologie intervențională;
- ♦ proceduri de chirurgie cardiacă;
- ♦ proceduri de chirurgie vasculară;

■ boli cardiovasculare, forme moderate și severe*, care necesită tratament conservator.

(*) Gravitatea bolii este cuantificată conform ghidurilor internaționale de către Managerul de caz.

Excluderi: cazuri terminale, cazuri de urgențe medicale, starea de comă.

• Afecțiuni din aria cardiologică rezultate inclusiv în urma infecției cu Covid-19

Excluderi: cazuri terminale, cazuri de urgențe medicale, stare de comă.

• Afecțiuni din aria neurologică, cum ar fi:

- accidente vasculare cerebrale (în perioadă subacută și sechele), neuropatii, boli degenerative, encefalite, epilepsii, scleroza multiplă etc.



- **Afecțiuni din sfera neurologică**, rezultate inclusiv în urma infecției cu Covid-19.
- **Afecțiuni din aria de ortopedie**, cum ar fi:
 - Gonartroza: a doua opinie medicală se referă la diagnosticul complet (stadiul bolii) și la opțiunile de tratament care pot fi foarte variate, de la recuperare medicală, la administrări intraarticulare de soluții viscoelastice, sau PRP, sau protezare;
 - Coxartroza: a doua opinie medicală se referă la diagnosticul complet (stadiul bolii) și la opțiunile de tratament care pot fi foarte variate, de la recuperare medicală, la administrări intraarticulare de soluții viscoelastice, sau PRP, sau protezare;
 - Osteonecroza: a doua opinie medicală se referă la diagnostic complet (primară sau secundară unei alte afecțiuni și dacă este secundară, care este afecțiunea) și opțiuni de tratament (dependente de etiologie și gravitate);
 - Sechelele fracturilor;
 - Sindroamele de instabilitate articulară care pot beneficia de tratamente ortopedice (nu de recuperare medicală);
 - Afecțiunile umărului care pot beneficia de tratamente ortopedice (nu de recuperare medicală);
 - Traumatismele osoase și articulare care pot beneficia de tratament ortopedic chirurgical;
- 2. **pentru imagistică**: un raport medical privind a doua opinie medicală al unui medic străin/român, (RMN, CT,) redactat pe baza filmului imagistic pus la dispoziție de către Asigurat (respectiv Contractantul în cazul persoanelor asigurate minore).
- 3. **pentru anatomopatologie**: un buletin medical de laborator privind a doua opinie medicală, emis de un medic străin/român. Buletinul medical va fi eliberat strict pe baza probelor biologice (biopsii) puse la dispoziție de pacient.

Beneficiul „A doua opinie medicală” poate fi accesat:

- **o dată/an contractual de asigurare pentru aceeași afecțiune/diagnostic.**
- **de 2 ori/an contractual de asigurare pentru afecțiuni/ diagnostice diferite**

Pentru a beneficia de acest serviciu, Asiguratul, respectiv Contractantul în cazul persoanelor asigurate minore, va apela numărul de telefon **021 9464**, urmând ca împuternicitul MedNet să transmită către Intermedicas, în vederea contactării și furnizării de informații detaliate, următoarele date ale Asiguratului: nume, prenume și număr de telefon.

Accesul la beneficiile oferite Asiguratului prin intermediul Intermedicas și Telios Care încetează în următoarele situații:

- la data încetării Contractului de asigurare;
- la data încetării calității de Asigurat;
- la cererea expresă a Asiguratului;
- la data la care Asiguratorul notifică Asiguratul că nu mai oferă accesul la oricare din aceste două servicii.

Responsabilitatea actului medical aparține exclusiv medicului care a efectuat serviciile medicale acoperite prin beneficiile incluse în Asigurare.

Art. 5 Ce nu acoperă Asigurarea de Sănătate NN și în ce condiții?

Evenimentele care nu sunt acoperite și care sunt excluse din Asigurarea de Sănătate NN nu vor fi plătite de Asigurator.

Acestea sunt:

- **orice consultații efectuate în Camera de Gardă/UPU** dacă nu sunt urmate imediat de spitalizare, cu sau fără intervenție chirurgicală;
- **testele preoperatorii** efectuate dacă nu sunt urmate ulterior și de intervenția pentru care au fost recomandate (cu excepția cazurilor în care intervenția chirurgicală se reprogamează din motive neimputabile Asiguratului, ca de ex. indisponibilitatea medicului, a sălii de operație, etc);
- **tratamentul deviației de sept** dacă afecțiunea nu este cauzată direct și imediat de un accident survenit după terminarea perioadei de așteptare menționată în Art.6.1. Dovada producerii accidentului se face numai cu: fișă consultații UPU/dovadă consult în camera de gardă cu evidențierea rezultatelor accidentului/



traumatismului și Investigații imagistice de tip RMN/radiografie, efectuate în termen de maxim 3 luni de la data producerii accidentului/traumatismului;

- tratamente sau alte servicii medicale care nu sunt o necesitate medicală pentru Asigurat sau nu sunt autorizate de către MedNet;
- spitalizări pentru tratamente stomatologice, inclusiv chirurgicale, ortodontice sau orice tratamente adresate alveolelor dentare;
- tratamente excluse contractual, orice tratament ce depășește limitele descrise contractual sau orice limită sau excludere menționată în Polița de asigurare și agreeată între Contractant și Asigurător;
- tratamente efectuate în afara spitalizării;
- medicația chimioterapică (citostatică) și tratamentul radioterapic;
- tratamente care nu sunt efectuate de personal medical calificat;
- tratamente experimentale sau care nu sunt în acord cu standardele medicale acceptate sau participarea Asiguratului în studii clinice;
- tratamente din categoria terapiilor alternative ca de exemplu, dar nelimitându-ne la: acupunctură, tratamente chiropractice, osteopatie, reflexologie, podiatrie;
- tratamente de detoxifiere, cure de odihnă, tratamente în sanatorii, tratamente preventive, spitalizarea și tratamentul pentru recuperare medicală (indiferent de modul și tipul de recuperare) și orice alte terapii/metode alternative de recuperare, convalescență, tratamente paleative, geriatrie, spa, sanatorii sau centre de îngrijire;
- circumcizia fără indicație medicală;
- tratamentul infertilității, fecundarea artificială, fertilizarea in vitro, transferul embrionului, tratamentul impotenței sau frigidității, a avortului la cerere, sterilizarea sau reversarea unor astfel de proceduri;
- tratamentul evoluției nefavorabile a sarcinii, pentru sarcina debutată înainte de intrarea în asigurare. Data de debut a sarcinii este data concepției stabilită de medicul specialist obstetrician curant;
- **tratamente, spitalizări și intervențiile chirurgicale pentru naștere** indiferent de modalitatea producerii acesteia;
- tratamentul obezității, reducerii greutatei, bulimia, anorexia, abdomenoplastia și complicațiile acestora;
- proceduri care îmbunătățesc aspectul fizic (tatuaje, eliminarea tatuajelor, piercing-ul, tratamente de reținere);
- chirurgia plastică și reconstructivă, cu excepția necesităților medicale pentru urmările tratamentelor neoplasmelor, arsurilor sau accidentelor ce au făcut obiectul unor Evenimente asigurate acoperite de Polița de asigurare;
- extragerea materialelor protetice implantate chirurgical și a oricărui alt dispozitiv medical montat înainte de Data începerii asigurării sau a dobândirii calității de Asigurat;
- tratamentele defectelor de vedere care pot fi corectate cu ochelari sau cu lentile de contact (anizotropia, miopia, hipermetropia, prezbiopia, strabismul, astigmatismul);
- evenimente asigurate întâmplare:
 - înainte de începerea sau după terminarea contractului de asigurare;
 - în timpul perioadelor de așteptare.

În plus, nu sunt acoperite evenimentele cauzate direct sau indirect de:

- orice act de război, invazie, acte ale inamicilor străini, ostilități sau operațiuni militare (fie că este război sau nu), război civil, rebeliune, revoluție, insurecție, revoltă civilă de proporții, răscoală, sau lovitură de stat;
- orice act de implicare activă în terorism. Prin act de terorism se înțelege, dar fără a ne limita la acestea: folosirea forței sau a violenței și/sau amenințarea cu aceasta, al unei persoane sau grup de persoane, indiferent dacă acționează singur sau în numele unei organizații sau guverne, angajat în scopuri sau motive politice, religioase, ideologice sau etnice, inclusiv intenția de a influența orice guvern și/sau de a crea teamă publică;
- energia nucleară (reacții nucleare, radiații, contaminare);
- epidemii naționale sau pandemii, confirmate de autorități;



- participarea Asiguratului la antrenamente și operațiuni speciale în cadrul trupelor de elită sau a forțelor speciale ca de exemplu, dar fără a se limita la: MAI (poliție, jandarmerie, poliția de frontieră), Serviciul Secret, Forțele Armate Române (terestre, navale, aeriene, inteligență militară sau la orice altă operațiune militară sau navală);
- participarea Asiguratului la antrenamente, competiții în calitate de sportiv profesionist sau de sportiv amator care, pentru practicarea sportului, încheie cu o structură sportivă, (club, asociație etc.), în formă scrisă și în condițiile legii, un contract individual de muncă sau o convenție pe baza cărora este remunerat;
- participarea asiguratului la acțiuni hazardate (acțiuni periculoase sau efectuate cu încălcarea prevederilor legale) sau activități recreative (hobby-uri) care implică riscuri serioase cum ar fi, dar fără a se limita la: parapantism, parașutism, planorism, deltaplanorism, rafting, zboruri cu avioane ușoare și ultra-ușoare, acrobație aeriană sau skydiving, yachting, echitație, înot cu sărituri de la trambulină, vânătoarea, sporturi cu motor (motociclism, automobilism), speologie, scufundări la adâncimi mai mari de 40 metri, cascadoria, escalada și alpinismul montan, săriturile cu coarda elastică etc.;
- comiterea cu intenție de către Asigurat a unei acțiuni pedepsite de legea penală;
- încercări de sinucidere, auto-mutilare, expunere deliberată a Asiguratului la un pericol;
- orice acțiune a Asiguratului sub influența alcoolului, drogurilor, substanțelor toxice sau narcotice, a medicamentelor administrate fără prescripția medicului (automedicația);
- orice afecțiune/boală preexistentă, nedeclarată în chestionarul medical din Cererea de asigurare și/sau neacceptată de Asigurător;
- afecțiuni/boli congenitale sau defecte din naștere, cu excepția următoarelor afecțiuni manifestate sau diagnosticate pe perioada de valabilitate a asigurării: trombofilia, anevrismul aortic, hernia inghinală congenitală; defectul septal atrial, hidronefroza congenitală, torsiunea testiculară, anevrismul cerebral;
- SIDA (sindromul deficienței autoimune) și/sau infecția cu HIV sau orice alt diagnostic care are legătură cu infecția HIV/SIDA;
- boli psihice, indiferent de cauză;
- îmbolnăviri cauzate de abuzul de alcool, abuzul de medicamente, substanțe toxice sau narcotice;
- disfuncții sexuale, ca de exemplu, dar fără a se limita la impotență sau frigiditate, intervenții pentru transformarea de sex.

Art. 6. Care este perioada de așteptare pentru Asigurarea de Sănătate NN?

Perioada de așteptare reprezintă perioada de timp în care dacă apare un eveniment, acesta nu va fi despăgubit.

Perioada de așteptare începe de la data intrării în vigoare a Contractului, de la data adăugării unui nou Asigurat sau de la data schimbării protecției principale, așa cum este menționată în Polița de asigurare.

6.1. Perioada de așteptare pentru evenimente/afecțiuni cauzate de un accident

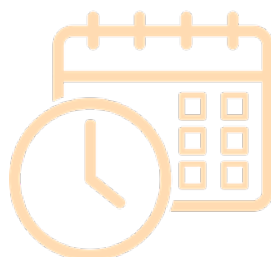
Evenimentele asigurate pentru afecțiuni cauzate de un accident sunt acoperite de la data intrării în vigoare a contractului de asigurare, cu excepția spitalizărilor cu sau fără intervenție chirurgicală pentru tratamentul:

- articulației genunchiului,
- herniei vertebrale,
- deviației de sept nazal,
- cataractei,
- herniei abdominale

Evenimentele enumerate mai sus sunt acoperite după o **perioadă de așteptare de 12 luni de asigurare continuă**, câtă vreme:

- contractul de asigurare să fie în perioada de valabilitate și
- afecțiunea nu este exclusă conform poliței de asigurare sau altor documente-anexă.

În situația schimbării protecției principale din accident pe durata de valabilitate a contractului de asigurare **perioada specifică de așteptare de 12 luni**, menționată mai sus, pentru evenimentele asigurate din accident începe de la data inițială de intrare în vigoare a contractului.



6.2. Perioada de așteptare pentru evenimente/afecțiuni cauzate de o îmbolnăvire

Pentru evenimentele asigurate pentru afecțiuni cauzate de o îmbolnăvire se aplică o perioadă generală de așteptare de 30 (treizeci) de zile de la data intrării în vigoare a contractului de asigurare, cu excepția următoarelor evenimente/afecțiuni:

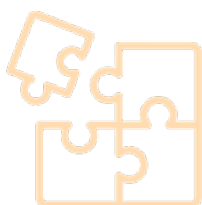
- indemnizației pentru naștere,
- indemnizației pentru copilul nou născut
- spitalizările cu sau fără intervenție chirurgicală pentru tratamentul:
 - articulației genunchiului;
 - herniei vertebrale;
 - cataractei;
 - hallux valgus;
 - herniei abdominale;
 - afecțiunilor musculo-scheletale care includ, dar nu se limitează la artrită, osteoporoză, osteomielită, afecțiuni ale discurilor și coloanei vertebrale, lombalgii, mialgii, slăbiciune musculară, afecțiuni ale membrelor, fractură de șold, osteonecroza;
 - fibroamelor sau mioamelor uterine;
 - bolii varicoase;
 - bolii hemoroidale;
 - polipilor nazali;
 - vegetațiilor adenoide;
 - amigdalitei;
 - polipozei gastro-intestinale;
 - sindromului de apnee în somn;
 - glandei tiroide;
 - chisturilor și tumorilor benigne;
 - colecistului;
 - litiazei renale;
 - sinusurilor nazale;
 - endometriozei;
 - trombofiliei;
 - anevrismului aortic;
 - herniei inghinale congenitale;
 - defectului septal atrial sau ventricular;
 - hidronefrozei congenitale;
 - anevrismului cerebral;
 - fimozei;
 - bolilor preexistente declarate și acceptate în asigurare.

Evenimentele/afecțiunile enumerate mai sus sunt acoperite după o **perioadă de așteptare de 12 luni de asigurare continuă**, câtă vreme:

- contractul de asigurare este în perioada de valabilitate și
- evenimentul/afecțiunea nu este exclus/ă conform poliței de asigurare sau altor documente-anexă.

În plus, **defectul septul atrial sau ventricular, hidronefroza congenitală, hernia ombilicală și hernia inghinală congenitală sunt acoperite de asigurare după împlinirea vârstei de 5 ani a Asiguratului și după perioada de așteptare specifică de 12 luni, cu condiția ca aceste afecțiuni să nu fie preexistente încheierii contractului.**

În situația schimbării protecției principale, perioada specifică de așteptare de 12 luni pentru evenimentele asigurate din îmbolnăvire începe de la data începerii protecției principale din Accident și Îmbolnăvire.



Art. 7. Cum poate fi folosită asigurarea în cazul unui eveniment asigurat?

Evenimentele asigurate sunt acoperite de Asigurător dacă:

- au loc în perioada de valabilitate a contractului de asigurare.
- contractul este în vigoare la data Evenimentului asigurat (primele scadente sunt achitate în totalitate, inclusiv pentru perioada de timp în care a avut loc spitalizarea Asiguratului)
- evenimentul asigurat nu s-a produs în perioada de așteptare specifică.
- evenimentul asigurat nu se încadrează în excluderile detaliate în Art. 5.

În plus, pentru ca evenimentele cauzate de Accident să fie asigurate, mai trebuie îndeplinite simultan următoarele condiții:

- accidentul este documentat medico-legal imediat după producerea lui;
- evenimentul asigurat este anunțat Asiguratorului în maximum 12 luni de la data producerii Accidentului;
- la Data Evenimentului asigurat este în vigoare aceeași Protecție principală a Asiguratului valabilă și la data Accidentului

Pre-autorizarea serviciilor medicale, un beneficiu pentru Asigurat.

Pre-autorizarea serviciilor medicale se face înaintea unei spitalizări și este un beneficiu pentru Asigurat din mai multe motive:

- permite Asiguratului să verifice dacă spitalizarea pentru care a primit recomandare medicală este acoperită de Asigurarea sa de sănătate. În acest fel, Asiguratul poate evita costurile neașteptate sau neacoperite de asigurare;
- atunci când un Asigurat primește o pre-autorizare pentru un eveniment asigurat, Asigurătorul poate acoperi costurile direct prin decontarea cu spitalul din rețeaua medicală NN. Această decontare directă poate ajuta la reducerea costurilor pentru Asigurat.

Internarea în regim de spitalizare continuă se face pe baza programării prealabile, dacă nu este urgență medico-chirurgicală.

În caz de urgență medico-chirurgicală necesitatea spitalizării pacienților este apreciată de către medic, conform protocolului diagnosticului stabilit.

Asigurătorul nu este responsabil de condițiile de acceptare în spitale, acestea fiind exclusiv în responsabilitatea furnizorului de servicii medicale.

Asiguratul are obligația să respecte regulile de accesare a serviciilor medicale ale furnizorilor de servicii medicale.

Pentru Rețeaua de Sănătate Regina Maria, regulile de accesare a serviciilor medicale se regăsesc pe site-ul www.reginamaria.ro, la rubrica Termeni generali de accesare servicii medicale | Reginamaria.ro.

În cazul în care aceste reguli de accesare nu sunt respectate de către Asigurat, acesta nu va putea beneficia de serviciile medicale în rețeaua de Sanatate Regina Maria.

În cazul evenimentelor asigurate pentru care nu s-a făcut pre-autorizarea înaintea spitalizării (ex: spitalizări în regim de urgență), **persoana asigurată trebuie să informeze Asiguratorul la numărul 021 9464 și să trimită documentele medicale la email asiguresanatate@nn.ro sau prin aplicația NN Direct.**

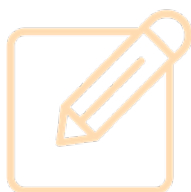
În cazul spitalizărilor de urgență nu poate fi utilizată pre-autorizarea medicală. Costurile serviciilor medicale vor fi suportate de către Asigurat. După externare, Asiguratul va trimite documentele medicale în vederea evaluării acoperirii.

Pentru plata **Indemnizației de asigurare pentru accesarea serviciilor medicale acoperite de asigurare, Asiguratul/Contractantul trebuie să țină cont de pașii de mai jos în funcție de spitalul unde are loc spitalizarea/intervenția chirurgicală.**

7.1. Spitalizarea și/sau intervenția chirurgicală în spitalele din rețeaua medicală NN

7.1.1. Autorizarea prealabilă

1. Înainte de data internării în Spital, pentru **Autorizarea prealabilă** a serviciilor medicale de spitalizare și/sau intervenție chirurgicală, Asiguratul sau Contractantul **trebuie să apeleze Linia telefonică de asistență medicală la numărul 021 9464;**



2. **Pentru a verifica dacă spitalizarea și/sau intervenția chirurgicală sunt acoperite de asigurare,** Asiguratul trebuie să trimită către MedNet, prin e-mail la adresa **asiguresanatate@nn.ro**, următoarele informații:

- a. copia actului de identitate a Asiguratului sau a certificatului de naștere pentru minorii care nu dețin act de identitate (doar dacă actul de identitate a fost schimbat după încheierea poliței);
- b. copia recomandării spitalizării/intervenției chirurgicale și datele de contact ale medicului care recomandă tratamentul;
- c. copia rezultatelor consulturilor și investigațiilor efectuate pentru stabilirea diagnosticului (de exemplu: investigații radiologice, analize, certificate medicale);
- d. istoricul medical al Asiguratului (copie fișă medicală personală) din ultimii 5 ani anteriori intrării în asigurare. Acest document este solicitat doar la evaluarea primului eveniment asigurat produs pentru fiecare Asigurat în parte în scopul verificării informațiilor medicale anterioare încheierii Contractului de asigurare. Asigurătorul își rezervă dreptul de a modifica unilateral condițiile derulării Contractului de asigurare dacă informațiile din istoricul medical se referă la afecțiuni care, dacă ar fi fost aduse la cunoștința Asigurătorului la momentul semnării Cererii de asigurare, ar fi determinat acordarea Contractului de asigurare în alte condiții (cum ar fi, dar fără a se limita la: creșterea primei, excluderi pentru anumite afecțiuni etc.);
- e. în caz de Accident, copia documentelor medicale care atestă producerea accidentului

Asiguratul va trimite documentele solicitate la MedNet prin email la adresa **asiguresanatate@nn.ro** sau prin poștă.

3. **În maximum 2 zile lucrătoare**, după primirea tuturor informațiilor solicitate, MedNet va trimite Asiguratului **autorizarea sau refuzul autorizării** prelabile a Evenimentului asigurat.

7.1.2. Spitalizarea și/sau intervenția chirurgicală și plata serviciilor medicale

1. După internarea Asiguratului în Spital, în maximum 24 de ore, Asiguratul sau Spitalul va informa MedNet, prin e-mail la adresa **asiguresanatate@nn.ro** sau prin telefon (**021 9464**), despre spitalizare, iar **Spitalul va estima și va trimite costurile și durata tratamentului către MedNet în timpul programului de lucru administrativ al Spitalului.**
2. **MedNet va trimite Asiguratului și Spitalului autorizarea inițială, în maximum 60 (șaizeci) de minute de la momentul primirii informațiilor despre spitalizarea Asiguratului.**

Situații speciale:

- În cazul în care, înaintea spitalizării, Asiguratul nu a cerut autorizarea prelabilă a serviciilor medicale, MedNet va trimite Asiguratului și Spitalului aprobarea sau respingerea autorizării inițiale a serviciilor medicale în maximum 2 zile lucrătoare de la momentul primirii informațiilor necesare autorizării prelabile.
- Dacă Evenimentul asigurat are loc în Perioada de grație, pentru ca Asiguratul să fie acoperit, Contractantul asigurării trebuie să plătească în totalitate primele de asigurare restante, inclusiv pentru perioada de timp în care a avut loc spitalizarea. După plata primelor, MedNet va trimite către Spital, autorizarea inițială pentru Evenimentul asigurat.
- În cazul în care Contractantul este în imposibilitatea de a plăti primele de asigurare restante în timpul spitalizării Asiguratului, MedNet nu va trimite autorizarea inițială Spitalului, dar va evalua Evenimentul asigurat din punct de vedere medical.

În acest caz, costurile spitalizării vor fi suportate de către Asigurat care poate solicita rambursarea cheltuielilor după ce sunt achitate primele de asigurare restante, dacă polița este încă în vigoare.

În cazul în care pe perioada spitalizării sunt necesare proceduri medicale care nu au fost incluse în autorizația inițială se reiau pașii de mai sus.

3. **Spitalul va trimite către MedNet devizul de plată** pentru serviciile medicale prestate în timpul spitalizării.
4. **Asigurătorul va acoperi costurile serviciilor medicale autorizate de MedNet și utilizate de către Asigurat în timpul spitalizării** care se regăsesc în devizul de plată emis de către Spital. **Indemnizația de asigurare va fi plătită** de către MedNet, în numele Asigurătorului, **direct către Spital**, după cum este detaliat în Art.3.



Costurile serviciilor medicale neacoperite de asigurare sau neautorizate de MedNet vor fi suportate de către Asigurat care le va plăti direct Spitalului.

7.2. Spitalizarea și/sau intervenția chirurgicală în spitalele publice și private care nu sunt incluse în Rețeaua medicală NN

7.2.1. Autorizarea prealabilă

1. Înainte de data internării în Spital, pentru **Autorizarea prealabilă** a serviciilor medicale de spitalizare și intervenție chirurgicală, **Asiguratul sau Contractantul trebuie să apeleze Linia telefonică de asistență medicală la numărul 021 9464;**
2. **Pentru a verifica dacă spitalizarea/ intervenția chirurgicală este acoperită de asigurare, Asiguratul trebuie să trimită către MedNet, prin e-mail la adresa asiguraresanatate@nn.ro, următoarele informații:**
 - a. copia actului de identitate a Asiguratului sau a certificatului de naștere pentru minorii care nu dețin act de identitate (doar dacă actul de identitate a fost schimbat după încheierea poliței);
 - b. copia recomandării spitalizării/intervenției chirurgicale și datele de contact ale medicului care recomandă tratamentul;
 - c. copia rezultatelor consulturilor și investigațiilor efectuate pentru stabilirea diagnosticului (de exemplu: investigații radiologice, analize, certificate medicale);
 - d. istoricul medical al Asiguratului (copie fișă medicală personală) din ultimii 5 ani anteriori intrării în asigurare. Acest document este solicitat doar la evaluarea primului eveniment asigurat produs pentru fiecare Asigurat în parte în scopul verificării informațiilor medicale anterioare încheierii Contractului de asigurare. Asigurătorul își rezervă dreptul de a modifica unilateral condițiile derulării Contractului de asigurare dacă informațiile din istoricul medical se referă la afecțiuni care, dacă ar fi fost aduse la cunoștința Asigurătorului la momentul semnării Cererii de asigurare, ar fi determinat acordarea Contractului de asigurare în alte condiții (cum ar fi, dar fără a se limita la: creșterea primei, excluderi pentru anumite afecțiuni etc.);
 - e. în caz de Accident, copia documentelor medicale care atestă producerea accidentului
3. **În maximum 2 zile lucrătoare**, după primirea tuturor informațiilor solicitate, MedNet va trimite Asiguratului autorizarea sau refuzul autorizării prealabile a Evenimentului asigurat.

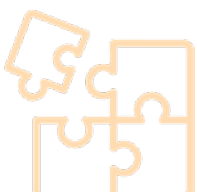
7.2.2. Spitalizarea și/sau intervenția chirurgicală și plata serviciilor medicale

1. **Asiguratul va plăti Spitalului toate costurile aferente serviciilor medicale primite** (spitalizării și/sau intervențiilor chirurgicale).
2. Asiguratul sau Contractantul va trimite la MedNet, prin email la adresa **asiguraresanatate@nn.ro** sau prin poștă, în maximum 10 zile lucrătoare de la data externării, următoarele documente:
 - copia foii de observație clinică din spital a Asiguratului;
 - copia protocolului operator;
 - factura fiscală detaliată a costurilor serviciilor medicale prestate în perioada de spitalizare și dovada plății acesteia;
 - documentele menționate la pasul 2, dacă Asiguratul nu a solicitat autorizarea prealabilă;
 - detaliile bancare ale Asiguratului
3. MedNet va evalua documentele primite în termen de maximum 10 (zece) zile lucrătoare de la data la care au primit toate documentele solicitate și va informa Asiguratul cu privire la rezultatul evaluării Evenimentului asigurat.
4. **Indemnizația de asigurare va fi plătită Asiguratului într-un termen de maximum 10 (zece) zile lucrătoare** de la data soluționării pozitive a Evenimentului asigurat, după cum este detaliat în capitolul Art.3. Costurile serviciilor medicale neacoperite de asigurare nu vor fi rambursate Asiguratului.

Dacă Asiguratul decedează înainte ca Indemnizația de asigurare să fie plătită, Indemnizația de asigurare se va plăti moștenitorilor Asiguratului.

Responsabilitatea actului medical revine în exclusivitate medicului care a efectuat serviciul medical aferent, culpabilitatea fiind stabilită conform actelor normative în vigoare în domeniu.

Asigurătorul nu este răspunzător pentru întârzierea și calitatea serviciilor furnizate de spitale.



7.3. Nașterea

Pentru plata indemnizației de naștere și indemnizației pentru copilul nou născut, Asiguratul sau Contractantul trebuie să trimită la MedNet următoarele documente:

- copia certificatului de naștere al copilului nou-născut;
- detaliile bancare ale Asiguratului;
- copia biletului de externare a mamei Asigurate;
- copia biletului de externare al copilului nou născut.

7.4. Alte mențiuni importante

Termenul maxim pentru a solicita plata Indemnizației de asigurare de la Asigurător este de **2 ani de la data producerii evenimentului asigurat**. Ulterior acestei date, dreptul de a solicita plata indemnizației de asigurare se prescrie, ceea ce înseamnă ca Asiguratul nu mai are dreptul de a face o astfel de cerere de plată pentru respectivul eveniment.

În situația în care Contractantul și/sau Asiguratul **furnizează informații false sau incomplete**, Asigurătorul nu va fi obligat să plătească nicio indemnizație de asigurare sau să acopere alte pretenții, indiferent de natura lor (de ex: restituirea primelor de asigurare care au fost deja plătite până la data rezilierii contractului).

În cazul în care documentele depuse de Contractant și/sau Asigurat cu privire la evenimentul asigurat produs **prezintă semne de alterare** (spre exemplu: ștersături, modificări, completări), Asigurătorul poate suspenda plata indemnizației de asigurare și poate efectua propriile investigații pentru a afla condițiile producerii evenimentului asigurat.

În funcție de rezultatul investigațiilor, Asigurătorul poate solicita Contractantului și/ sau Asiguratului informații/documente suplimentare cu privire la producerea evenimentului asigurat sau poate refuza plata indemnizației de asigurare.

Pentru evenimentele asigurate care s-au petrecut în afara României, Asiguratul trebuie să trimită documentele aferente evenimentului asigurat împreună cu o traducere autorizată în limba română sau în limba engleză către MedNet. Costul traducerii documentelor este suportat de către Asigurat/Contractant.

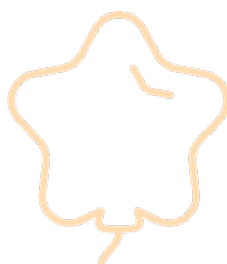
Responsabilitatea actului medical revine în exclusivitate medicului care a efectuat serviciul medical aferent, culpabilitatea fiind stabilită conform actelor normative în vigoare în domeniu. Asigurătorul nu este răspunzător pentru întârzierea și calitatea serviciilor furnizate de spitale.

Art. 8. Ce informații sunt importante pentru derularea contractului?

8.1. Documentele contractuale

Contractul de asigurare de Sănătate NN 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, formulare de examinare medicală, chestionare suplimentare specifice, 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 Asigurării de Sănătate NN;**
4. **Condițiile contractuale specifice asigurărilor și opțiunilor suplimentare adăugate** contractului de asigurare de sănătate, dacă e cazul;
5. **Documentul de informare privind Asigurarea de Sănătate NN** care conține informații importante despre acest produs de asigurare.
6. **Polița de asigurare;**
7. Orice alt document asupra căruia Părțile convin că este parte integrantă a contractului.



8.2. Care este suma asigurată pentru Asigurarea de Sănătate NN?

Suma asigurată este de 100.000 lei pe an contractual de asigurare, pentru fiecare persoană asigurată din contractul de asigurare. Dacă pe tot parcursul anului contractual precedent Asiguratul nu a avut niciun eveniment asigurat despăgubit, la reînnoirea contractului de asigurare, pentru acel Asigurat, suma asigurată de 100.000 lei va fi suplimentată cu 20.000 lei (bonusul de reînnoire).

Astfel, în fiecare an în care **sunt îndeplinite criteriile de mai sus**, suma asigurată va crește cu 20.000 lei, până la maxim 200.000 lei. Valoarea sumei asigurate se va actualiza anual și se va regăsi în polița de asigurare.

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

La momentul încheierii Contractului de asigurare, Asiguratul are obligația de a completa corect și complet chestionarul medical din Cererea de asigurare, inclusiv de a furniza informații despre afecțiunile preexistente sau congenitale. Nedeclararea afecțiunilor preexistente/congenitale și/sau completarea incorectă a chestionarului medical pot conduce la refuzul plății evenimentului asigurat sau la rezilierea Contractului de asigurare.

La încheierea Contractului de asigurare, Asigurătorul evaluează riscul asigurat pentru fiecare persoană asigurată în parte.

Acest lucru se face prin analizarea informațiilor despre starea de sănătate, ocupație, hobby-uri, sporturi și situația financiară pe care le furnizează Asiguratul și Contractantul în cererea de asigurare.

- În urma evaluării riscului asigurat, Asigurătorul poate solicita Asiguratului să transmită investigații medicale suplimentare sau să efectueze o examinare medicală la o clinică autorizată de către Asigurător. În acest caz, costurile examinărilor medicale sunt acoperite de către Asigurător.
- În cazul unui risc prea mare, Asigurătorul poate acorda asigurarea în condiții individuale diferite de cele menționate în prezentarea contractului de asigurare sau poate refuza preluarea în asigurare, situație în care prima de asigurare plătită va fi returnată Contractantului, fără a fi purtătoare de dobândă.

Contractul de asigurare de sănătate intră în vigoare la data semnării cererii de asigurare, cu condiția ca prima inițială să fie efectuată integral, polița să fie emisă și contractul să fie în vigoare.

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

Contractul de asigurare de sănătate are o durată de 1 an, cu posibilitatea de reînnoire.

Reînnoirea Contractului de asigurare se face anual, 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 30 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 de Sănătate NN pentru o nouă perioadă de 1 (un) an se face prin plata primei de asigurare.**

Acest lucru înseamnă că Asiguratul poate rămâne în asigurare pe o perioadă nelimitată în timp, indiferent de vârstă și fără reevaluarea stării de sănătate (chiar dacă pe parcursul contractului de asigurare au intervenit modificări în evoluția sănătății) atât timp cât contractul de asigurare este reînnoit în fiecare an, este în vigoare și nu intervine nicio situație de încetare a contractului.

În cazul în care Asigurătorul nu mai oferă una dintre opțiunile suplimentare, contractul se reînnoiește fără această componentă.

În cazul în care Asigurătorul nu mai oferă Protecția Principală, contractul nu se mai reînnoiește.

8.4. Cât costă Asigurarea de Sănătate NN?

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

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



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 evenimentelor asigurate raportat la portofoliu etc.

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.

8.5. Întârzierea plății primelor de asigurare

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.

8.6. Ce modificări contractuale se pot face?

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 **www.nn.ro**).

Oricând pe durata contractului se pot face două tipuri de modificări:

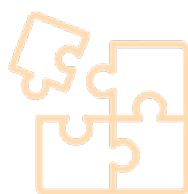
- cu evaluarea riscului asigurabil, evaluarea stării de sănătate și acceptarea riscului asigurat de către Asigurător:
 - a) schimbarea Protecției principale din accident în Protecție principală din accident și îmbolnăvire;
 - b) adăugarea de noi Asigurați, până la maxim 10 Asigurați în contract;
 - c) adăugarea/schimbarea nivelului de acoperire cu unul superior pentru asigurarea suplimentară pentru Cancer, Arsuri majore și Transplant;
- fără evaluarea riscului asigurabil:
 - d) schimbarea Protecției principale din accident și îmbolnăvire în Protecție principală din accident;
 - e) schimbarea nivelului de acoperire cu unul inferior pentru asigurarea suplimentară pentru Cancer, Arsuri majore și Transplant;
 - f) adăugarea/schimbarea nivelului Beneficiului opțional Prevenție;
 - g) excluderea unor Asigurați din Contractul de asigurare;
 - h) rezilierea Beneficiului opțional Prevenție;
 - i) rezilierea asigurării suplimentare pentru Cancer, Arsuri majore și Transplant;
 - j) 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.

Modificările pentru punctele g) și j) vor intra în vigoare la momentul procesării lor de către Asigurător, iar celelalte modificări vor intra în vigoare începând cu următoarea scadență de plată.

Prima de asigurare se recalculează și dacă în urma modificărilor rezultă un rest de primă neconsumată, aceasta va fi returnată Contractantului. Modificările vor fi confirmate prin emiterea unei noi Polițe de asigurare, după achitarea noii prime de asigurare.

Oricând pe parcursul contractului de asigurare, Contractantul /Asiguratul are obligația de a informa imediat Asigurătorul despre orice schimbare intervenită în ocupația, sporturile și hobby-urile practicate de Asigurat. În această situație, Asigurătorul are dreptul de a modifica unilateral condițiile de acoperire contractuală sau de a elimina din Contract Asigurații al căror risc ocupațional, sport/hobby este prea mare.

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



8.7. Când încetează asigurarea de sănătate NN?

Contractul de asigurare încetează în următoarele situații:

- **la data denunțării unilaterale solicitate de către Contractant**
Contractul de asigurare va înceta fără a mai fi necesară îndeplinirea vreunei alte formalități, la data solicitată de către Contractant sau, dacă o astfel de dată nu e specificată, în prima zi calendaristică ulterioară datei la care Asigurătorul primește solicitarea de denunțare.
- **la data rezilierii unilaterale de către Asigurător** ca urmare a:
 - neplății primelor de asigurare de către Contractant;
 - furnizării de **declarații false sau incomplete** de către Contractant sau Asigurat, situație identificată de către Asigurător pe parcursul contractului;
 - refuzului de a furniza informații privind datele de identificare personală ale Contractantului sau Asiguratului sau dacă aceștia se regăsesc în Listele oficiale ale persoanelor fizice și persoanelor juridice suspecte de săvârșirea sau de finanțarea actelor de terorism. Datele de identificare personale sunt cele prevăzute de legislația privind prevenirea și combaterea spălării banilor și a finanțării actelor de terorism prin intermediul pieței asigurătorilor;
 - decesului Contractantului persoană fizică, care nu este urmat de preluarea contractului de către Asigurat sau de altă persoană care are interes asigurabil față de Asigurat;
 - încetării existenței Contractantului persoană juridică, care nu este urmată de:
 - i. preluarea Contractului de către Asigurat;
 - ii. de către entitatea juridică ce dobândește interes asigurabil asupra Asiguratului;
 - iii. de către altă persoană cu condiția ca noul Contractant să respecte toate criteriile de eligibilitate cerute de Asigurător, inclusiv interesul asigurabil asupra Asiguraților din contractul de asigurare.

Încetarea se face la data indicată în notificarea prin care Asigurătorul informează Contractantul asupra încetării Contractului de asigurare.

Încetarea Contractului de Asigurare nu va avea nici un efect asupra obligațiilor pe care părțile le au deja la data la care Contractul de asigurare își încetează efectele.

Asigurarea de Sănătate NN nu are valoare de răscumpărare și nici participare la profit.

Astfel, în cazul încetării contractului, Contractantul este îndreptățit să primească doar prima de asigurare achitată în avans și neconsumată.

Calitatea de Asigurat încetează în următoarele situații:

- începând cu data la care Asiguratul solicită să nu mai fie parte din Contractul de asigurare;
- începând cu data decesului Asiguratului;
- începând cu data terminării Contractului de asigurare;
- începând cu data menționată în notificarea trimisă de Asigurător în următoarele cazuri:
 - Asiguratul furnizează declarații false sau incomplete, situație identificată de către Asigurător pe parcursul contractului;
 - Asiguratul refuză furnizarea de informații privind datele de identificare personală sau se regăsește în Listele oficiale ale persoanelor fizice și persoanelor juridice suspecte de săvârșirea sau de finanțarea actelor de terorism sau alte fapte reprobabile.

Toate drepturile și obligațiile Asiguratului, conform Contractului de asigurare și confirmate de Polița de asigurare, încetează la data la care Asiguratul nu mai este parte din Contractul de asigurare.

Asigurătorul nu acoperă Evenimentele asigurate întâmplare după data la care Asiguratul nu mai este parte din Contract.

Primele de asigurare, plătite după încetarea calității de Asigurat, vor fi restituite integral Contractantului, fără a fi purtătoare de dobândă.

Art. 9. Alte aspecte importante

Legislația aplicabilă.

Contractul de asigurare este supus legii române în vigoare, inclusiv actelor normative privind asigurările și reasigurările, regulamentul 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 răspunsul 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 Asigurat. Asiguratul 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 Asigurat de la Contractantul asigurării, Asigurat sau Beneficiar (inclusiv documente conținând informații medicale) și primirea documentelor emise de către Asigurat 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 Asigurat 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, precum și pe site-ul www.nn.ro, secțiunea Prelucrare Date.



Notificarea modificărilor condițiilor contractuale generale și specifice.

Modificarea condițiilor contractuale generale și specifice vor fi aduse la cunoștința Contractantului în scris, prin intermediul adresei de email sau a unui alt canal de informare individuală, în funcție de opțiunea Contractantului.

Aceste condiții generale de asigurare sunt valabile începând cu data de 01.01.2026 și se aplică tuturor contractelor de asigurare de sănătate încheiate sau reînnoite în perioada 01.01.2026 - 16.04.2026.

Art.10. Care este definiția termenilor utilizați în condițiile de asigurare de Sănătate NN?

Contractul de asigurare de sănătate conține următorii termeni specifici:

Asigurat	Persoană fizică rezidentă în România și care locuiește în România, a cărei stare de sănătate constituie obiectul asigurării de sănătate.
Asigurător	NN Asigurări de Viață S.A., cu sediul central în Str. Costache Negri, nr. 1-5, sector 5, București, societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, cod: RA-012/10.04.2003, cod LEI: 549300GK7Z9RSNNVFB27.
Accident	Orice întâmplare neașteptată și imprevizibilă care cauzează vătămări corporale imediate din cauza acțiunii unor factori externi și care apare independent de voința Asiguratului.
Afecțiune/ Boală congenitală	Orice anomalie genetică, fizică, (bio)chimică sau morfologică, defect sau malformație prezentă de la naștere, manifestată sau nu de la naștere, precum și orice anomalie neo-natologică dezvoltată în primele 6 (șase) luni de la naștere.
Afecțiune/ Boală preexistentă	Orice leziune, boală sau consecințele acestora, de care Asiguratul a suferit, ale cărei semne/simptome/manifestări obiective au apărut înaintea datei de intrare în vigoare a Contractului de asigurare/datei la care Protecția principală a fost atașată contractului/datei la care Asiguratul a semnat cererea de asigurare, indiferent dacă Asiguratul a solicitat, i-a fost recomandat sau a urmat tratament prescris de un medic.
An contractual 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.
Agent de asigurare / Consultant 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 către 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.
Autorizare prealabilă	Verificarea eligibilității Asiguratului, pentru spitalizarea și/sau intervenția chirurgicală cerută de Asigurat, înainte de spitalizare/intervenție chirurgicală.
Autorizare inițială	Autorizarea de către MedNet a serviciilor medicale necesare Asiguratului în timpul spitalizării/intervenției chirurgicale într-un spital/ clinică din Rețeaua medicală NN.
Beneficiarul plăților	Furnizorul de servicii medicale (Spitalul din Rețeaua medicală NN)/Asiguratul care primește Indemnizația de asigurare.
Contractant	Persoana care încheie contractul de asigurare cu Asigurătorul și care va plăti primele de asigurare. Acesta își asumă responsabilitatea furnizării informațiilor corecte și complete atât despre el, cât și despre asigurat. Contractantul poate orice fi persoană fizică sau juridică care are un interes asigurabil, conform definiției de mai jos.
Companie de brokeraj / broker de asigurare	Persoana juridică română, intermediar principal în distribuirea produselor financiare în conformitate cu legea, autorizat de către Autoritatea de Supraveghere Financiară (ASF).
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 (exemplu: mijloace de comunicare electronice, prin poștă, etc).
Cancer	Reprezintă înmulțirea necontrolată a unor celule (celulele maligne) care invadează, înlocuiesc și distrug țesutul normal. Include și bolile maligne hematologice (leucemia, limfomul, boala Hodgkin etc).



Cazare standard	Cazare și masă pentru o noapte de spitalizare într-o rezervă cu 1-2 paturi, definită și clasificată drept „standard” de către Spital. Costurile rezonabile pentru Cazarea standard sunt rambursate conform contractului încheiat între NN și spitalele din Rețeaua medicală NN sau conform limitelor prevăzute pentru un spital din afara Rețelei medicale NN.
Centrul Medical Unirea	Centrul Medical Unirea S.R.L. („CMU”), o societate constituită conform legilor din România, înregistrată la Oficiul Registrului Comerțului sub numărul J1991015930406, care oferă asiguraților NN care au achiziționat o asigurare de sănătate și care achiziționează și beneficiul de prevenție, servicii medicale de prevenție în Rețeaua Medicală Regina Maria.
Cererea de asigurare	Formular tipizat, ce conține, printre altele, datele de identificare și chestionarul medical și care este completat și semnat de către Contractant și Asigurați, în vederea încheierii Contractului de asigurare. Dacă Asiguratul este un copil mai mic de 18 ani, Cererea de asigurare va fi semnată de unul dintre părinți sau tutore.
Chirurgie robotică	Chirurgia robotică reprezintă o procedură chirurgicală care se realizează folosind sisteme robotizate. În cazul acestei intervenții, instrumentele chirurgicale sunt manipulate cu ajutorul computerului sau ale unui telemanipulator. Exemplu de sistem de chirurgie robotică este robotul chirurgical Da Vinci.
Cost rezonabil	Costul corespunzător tratamentului medical, care este urmarea a unor necesități medicale, care nu depășește nivelul general al tarifelor/costurilor practicate în spitale similare sau comparabile, pentru tratarea unor pacienți de aceeași vârstă, sex, cu leziuni, boli sau afecțiuni asemănătoare, în conformitate cu standardele medicale acceptate, fără a afecta în niciun fel sănătatea Asiguraților.
Data intrării în vigoare a contractului	Data la care Cererea de asigurare a fost semnată de Asigurat, înscrisă în Polița de asigurare, cu condiția emiterii acesteia.
Data scadență a primei de asigurare	Data calendaristică la care Prima de asigurare este datorată Asiguratorului, menționată ca atare în Polița de asigurare.
Data Evenimentului Asigurat	Data Evenimentului asigurat este data internării Asiguratului în spital sau data efectuării intervenției chirurgicale în ambulatoriu.
Data reînnoirii contractului	Data la care s-a împlinit 1 (un) an de la data intrării în vigoare a contractului de asigurare sau de la ultima reînnoire a contractului de asigurare.
Eveniment asigurat	<p>Pentru protecția principală din Accident, evenimentul asigurat este spitalizarea cu sau fără intervenție chirurgicală suferită de Asigurat, pe perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, cauzată de un Accident/intervenție chirurgicală efectuată în ambulatoriu.</p> <p>Pentru protecția principală din Accident și Îmbolnăvire, evenimentul asigurat este spitalizarea cu sau fără intervenția chirurgicală suferită de Asigurat, pe perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, cauzată de un Accident sau o Îmbolnăvire/ intervenție chirurgicală efectuată în ambulatoriu.</p> <p>Evenimentul asigurat trebuie să constituie o necesitate medicală. Tratamentele medicale primite de asigurat în afara spitalizării, spitalizările întâmplare înainte sau după terminarea contractului de asigurare ori în timpul perioadelor de așteptare nu constituie evenimente asigurate.</p>
Factura fiscală	Document contabil emis de un spital către asigurat care cuprinde costurile aferente perioadei de spitalizare și tratamentului administrat în această perioadă. În cazul asiguraților copii sunt acceptate facturile fiscale emise către aparținătorii acestora.
Indemnizație de asigurare	<p>Suma plătită de către Asigurator, ca urmare a producerii Evenimentului asigurat. Asiguratorul va plăti, după caz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • costurile serviciilor medicale pentru spitalizări cu sau fără intervenții chirurgicale, autorizate de MedNet în numele Asiguratorului, incluse în factura fiscală eliberată către asigurat de Spitalul privat sau public, din Rețeaua medicală NN sau din afara Rețelei medicale NN, în limitele specificate în Art. 3 din prezentele Condiții Contractuale. • echivalentul numărului de nopți de spitalizare înmulțit cu o sumă fixă de bani (pentru spitalizarea continuă) • o sumă per eveniment asigurat (pentru spitalizarea de zi), așa cum este menționat în Art.3, pentru serviciile medicale primite de Asigurat într- un Spital public/privat.
Interes asigurat	Motivația financiară intrinsecă a Contractantului asigurării ca Asiguratul să-și mențină starea de sănătate. Interesul asigurat este o cerință esențială pentru valabilitatea contractului și trebuie să fie real și legitim pe întreaga durată a contractului.



Intermedicas	Intermedicas Worldwide SRL, înregistrat la Registrul Comerțului sub nr. J2014004332407, CUI 27415930 care oferă asiguraților incluși în Asigurarea de Sănătate NN servicii de „A doua opinie medicală”.
Intervenție chirurgicală	Oricare din următoarele proceduri sau tehnici medicale efectuate asupra Asiguratului: <ul style="list-style-type: none"> • incizie, excizie sau electro-cauterizare asupra oricărui organ sau parte a corpului, cu excepția celor stomatologice; • refacerea, revizuirea sau reconstrucția oricărui organ sau parte a corpului, prin tehnici invazive sau neinvazive; • reducerea unei fracturi sau a unei dislocări articulare; • utilizarea endoscopului pentru extragerea unui calcul sau a unui corp străin din laringe, bronhii, trahee, esofag, stomac, intestine, vezică urinară sau uretră.
Îmbolnăvire	Modificare organică sau funcțională a stării normale de sănătate a Asiguratului, diagnosticată de un medic de specialitate și care necesită tratament medical.
MedNet	MedNet Grecia S.A. Atena Sucursala București, înregistrat la Registrul Comerțului sub nr. J40/15017/09.12.2015, CUI 35309930, reprezentant NN Asigurări de Viață S.A. în vederea facilitării accesului Asiguratului la serviciile medicale acoperite contractual și oferirea de suport administrativ Asiguraților și soluționează evenimentele asigurate.
Necesitate medicală	Orice serviciu medical care întrunește simultan următoarele caracteristici: <ul style="list-style-type: none"> • este în concordanță cu diagnosticul și reprezintă tratamentul medical standard pentru un accident sau o îmbolnăvire acoperite de asigurare; • este în conformitate cu standardele de bune practici medicale, cu standardele actuale de îngrijire medicală și dovedește beneficii medicale pentru Asigurat; • este adresat unor situații medicale care pot fi tratate doar într-un spital și doar dacă Asiguratul este spitalizat; • nu este practicat în scop experimental, investigațional, de cercetare medicală, de screening sau preventiv; • are un cost rezonabil, în standardele obișnuite, pentru tratamentul corespunzător situațiilor medicale cărora li se adresează.
Poliță	Documentul care confirmă încheierea Contractului de asigurare. Polița este emisă de Asigurător și conține, printre altele, Data începerii și data reînnoirii asigurării, extraprime sau excluderi personalizate (dacă este cazul).
Rețeaua medicală NN	Rețeaua medicală NN cuprinde: <ul style="list-style-type: none"> • Spitalele și clinicile cu care NN Asigurări de Viață S.A. are contract de colaborare și în care Asigurații au acces la servicii medicale de spitalizare și intervenții chirurgicale, decontate direct între Asigurător și Spital. • Rețeaua de Sănătate Regina Maria și clinicile partenere Regina Maria la care au acces asigurații care au atașat pe contract Beneficiul opțional Prevenție. Lista spitalelor și clinicilor din Rețeaua medicală NN este disponibilă pe site-ul oficial NN Asigurări de Viață S.A. – www.nn.ro.
Spital	Unitate sanitară cu paturi, de utilitate publică, cu personalitate juridică, constituită conform legii, ce furnizează servicii medicale, prin personal calificat (medici și asistenți medicali). Nu se consideră a fi Spital: instituțiile destinate îngrijirii alcooliciiilor sau persoanelor dependente de droguri, sanatoriile (balneo-climaterice, TBC, de recuperare neuropsihomotorie), instituțiile pentru tratarea bolilor psihice, instituțiile de reabilitare și recuperare, instituțiile pentru îngrijiri paleative, azilurile/casele de îngrijire pentru bătrâni.
Secția de terapie intensivă (ATI)	Secție a Spitalului, operațională 24 de ore din 24, care se ocupă doar de tratamentul pacienților în stare critică și care este echipată pentru a oferi servicii de asistență medicală care nu sunt disponibile în altă secție a spitalului.
Spitalizare continuă	Intervalul de timp, exprimat în număr de nopți, petrecut de Asigurat într-un Spital în care a fost internat, la recomandarea unui medic, i-a fost rezervat un pat pentru una sau mai multe nopți consecutive, urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri.



Spitalizare de zi

Intervalul de timp petrecut de Asigurat într-un spital în care a fost internat la recomandarea unui medic, i-a fost rezervat un pat pentru maximum 12 ore, fără a fi cazat peste noapte, pentru o intervenție chirurgicală, sau pentru administrarea medicației chimioterapice sau pentru efectuarea tratamentului sau investigațiilor medicale. Pe durata internării în regim de spitalizare de zi, Asiguratul poate beneficia de servicii medicale curative - examinări, recoltări de analize de laborator, tratament, evaluare în vederea acordării de asistență medicală specializată.

Spitalizarea de zi sau ambulatorie pentru intervenția chirurgicală se poate desfășura în mai multe tipuri de unități medicale:

- spitale de stat în care se practică și operații în sistemul de „o zi”;
- centre chirurgicale private de tip spital unde se operează în sistemul de „o zi”;
- policlinici și cabinete de specialitate cu profil chirurgical fără posibilitate de internare, eventual cu o supraveghere de scurtă durată.

Telios Care S.A.

Înregistrat la Registrul Comerțului sub nr. J2017005581126, cod fiscal numărul 38204334, oferă serviciul de telemedicină și serviciul Camera de Gardă Telios asiguraților NN care au achiziționat o asigurare de sănătate.

Aceste condiții generale de asigurare sunt valabile începând cu data de 01.01.2026 și se aplică tuturor contractelor de asigurare de sănătate încheiate sau reînnoite în perioada 01.01.2026 - 16.04.2026.

Kuldeep Kaushik

Director General



Cătălin Vasile

Director Executiv Vânzări



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

Simplu, rapid, digital.