

Condițiile contractului de asigurare SMART

Exemplarul clientului

Am primit condițiile contractuale:

Nume _____ Semnătura _____ Data primirii _____

Contractul de asigurare de viață al societății NN Asigurări de Viață S.A. este guvernat de prezentele Condiții Contractuale.

Art. 1 Definiții:

Accident – Orice eveniment imprevizibil, survenit independent de voința Asiguratului, care cauzează vătămări corporale imediate, datorate acțiunii bruște, unice asupra organismului a unor factori externi fizici (mecanici, termici, electrici, etc.) sau chimici, cu excepția infecțiilor (virale, bacteriene, fungice, etc.) și substanțelor terapeutice care acționează asupra sistemului imunitar.

An de asigurare – Perioada de 1 (un) an cuprinsă între două date succesive de Aniversare a Contractului. Primul an de asigurare începe la Data de încheiere a Contractului.

Aniversarea Contractului – Fiecare aniversare a Datei de încheiere a Contractului.

Asigurat - Persoana a cărei viață și stare de sănătate constituie obiectul asigurării.

Asigurat Principal – Contractantul asigurării, în cazul în care acesta este o persoană fizică, sau o persoană fizică cu care Contractantul persoană juridică are relații generatoare de venituri.

Asigurat Secundar – Soțul / soția Asiguratului Principal la încheierea Contractului, care a semnat Contractul de asigurare.

Asigurător – NN Asigurări de Viață S.A., cu sediul central în Str. Costache Negri, nr. 1-5, sector 5, București, telefon 021 9464, societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, cod RA-012/10.04.2003, Cod LEI: 549300GK7Z9RSNNVFB27

Beneficiar – Persoana având Interes asigurabil căreia îi va fi plătită Indemnizația de asigurare în urma producerii unui Eveniment asigurat. Conform prezentului Contract, poate avea calitatea de Beneficiar doar o persoană fizică. În ceea ce privește componentele de spitalizare și intervenție chirurgicală din accident, beneficiar este Asiguratul Principal.

Îmbolnăvire – Orice suferință sau dereglare a funcțiilor organismului, diagnosticată ca atare de un medic specialist, cu excluderea afecțiunilor care nu au o bază obiectivă de diagnostic (explorări paraclinice).

Broker de asigurare (sau „companie de brokeraj”) - Persoana juridică română, intermediar principal autorizat de către Autoritatea de Supraveghere Financiară (ASF), care în cadrul activității principale, desfășoară activitate de distribuție conform legii, iar în cadrul activității secundare, poate efectua activitățile permise conform prevederile legale.

Canale de informare utilizate de Asigurător - Mijloace de comunicare electronice ori serviciu de mesagerie scurtă. Asigurătorul își rezervă dreptul de a alege canalul de comunicare pe care îl consideră cel mai potrivit, în funcție de tipul de comunicare.

Co-Asigurați – Copiii minori ai Asiguratului, naturali sau înfiați, necăsătoriți, a căror stare de sănătate constituie obiectul componentelor de spitalizare și intervenție chirurgicală din accident.

Consultant de asigurare sau „agent de asigurare” - Persoană fizică sau juridică, intermediar secundar, care, în baza Contractului de Agent și sub răspunderea Asigurătorului, desfășoară activități de distribuție ale produselor de asigurare ale NN Asigurări de Viață S.A. În legătură cu activitatea de distribuție, veniturile sale pot consta în comisioane, bonusuri de performanță și recompense non-financiare, acordate de Asigurător. Activitatea agentului de asigurări este reglementată, supravegheată și controlată de Autoritatea de Supraveghere Financiară.

Contractantul asigurării – Persoana fizică sau juridică, având Interes asigurabil cu privire la Asigurat, care încheie Contractul de asigurare împreună cu Asigurătorul și care se obligă să plătească primele de asigurare. În cazul în care, în cadrul Contractului, obiectul asigurării este constituit de viața și starea de sănătate ale Contractantului, acesta din urmă cumulează și calitatea de Asigurat Principal.

Data de încheiere a Contractului – Data la care a fost semnat Contractul de asigurare și a fost plătită integral prima inițială de asigurare. În cazul în care cele două date sunt diferite, Data de încheiere a Contractului va fi considerată cea mai recentă dintre acestea.

Durata Contractului – Perioada de 5 (cinci) ani care începe din Data de încheiere a Contractului de asigurare.

Perioada precontractuală acoperită limitat - Perioada de timp cuprinsă între ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare Datei de semnare a cererii de asigurare și a plății primei de asigurare și ora 0:00 a Datei intrării în vigoare a Contractului de asigurare.

Eveniment asigurat – Un eveniment la a cărui producere Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare, în conformitate cu prevederile Contractului de asigurare.

Sunt considerate evenimente asigurate:

- Decesul Asiguratului, din orice cauză, pe perioada de valabilitate a Contractului;
- Decesul Asiguratului pe perioada de valabilitate a Contractului, deces cauzat direct de un Accident;
- Spitalizarea suferită de către Asigurat/Co-Asigurat pe perioada de valabilitate a Contractului, pentru afecțiuni cauzate direct de un Accident;
- Intervenția chirurgicală suferită de către Asigurat/Co-Asigurat pe perioada de valabilitate a Contractului, pentru afecțiuni cauzate direct de un Accident.

Indemnizația de asigurare – Suma plătită de către Asigurător, în conformitate cu prevederile Contractului de asigurare, ca urmare a producerii Evenimentului asigurat.

Interes asigurabil – Motivația financiară existentă între Asigurat și Contractant, pe de o parte (sub aspectul interesului legitim de plată a primelor de asigurare), și între Asigurat și Beneficiar, pe de altă parte (sub aspectul interesului legitim de încasare a Indemnizației de asigurare în cazul decesului Asiguratului).

Intervenție chirurgicală – Procedură sau tehnică medicală efectuată asupra Asiguratului / Co-Asiguratului într-un Spital, de către un medic specialist într-o disciplină chirurgicală, și considerată necesară pentru vindecarea sau ameliorarea unei boli sau vătămări corporale suferite de Asigurat / Co-Asigurat. Procedura sau tehnica medicală trebuie să implice o incizie și să fie efectuată sub o anestezie locală sau generală, de către un medic chirurg cu drept de liberă practică, în prezența unui medic anestezișt.

O zi de spitalizare – Intervalul de 24 (douăzeci și patru) de ore petrecut efectiv de către Asigurat / Co-Asigurat în Spital.

Prima zi de spitalizare, care începe la ora de internare a Asiguratului / Co-Asiguratului, odată cu luarea în evidență a acestuia de către Spital și se termină la ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare, este calculată ca o zi de spitalizare întreagă.

Ultima zi de spitalizare, care începe la ora 00:00 și se termină la momentul externării, se consideră o zi de spitalizare întreagă.

Prima de asigurare – Valoarea costului asigurării specificată în Contractul de asigurare.

Spital – Instituție sanitară care îndeplinește concomitent următoarele cerințe:

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

Nu se consideră a fi Spital:

- Instituțiile destinate îngrijirii alcoolicilor sau persoanelor dependente de droguri;
- Sanatoriile balneo-climaterice, TBC sau de recuperare neuro-psihomeotorie;
- Instituțiile pentru tratarea bolilor psihice;
- Instituțiile de reabilitare;
- Azilele pentru bătrâni.

Spitalizare – Perioada de internare a Asiguratului / Co-Asiguratului într-un Spital considerată de către un medic specialist ca fiind necesară pentru ameliorarea sau vindecarea unei boli sau a unei vătămări corporale.

Suma asigurată – Suma prevăzută ca atare în cadrul Contractului de asigurare.

Art. 2 Prevederi generale

2.1. Contractul de asigurare se încheie între Asigurător și orice persoană fizică sau juridică, în calitate de Contractant. În cazul în care Contractantul este o persoană fizică, acesta este obligatoriu și Asigurat Principal. În cazul în care Contractantul este o persoană juridică, Asigurat Principal poate fi doar o persoană care are relații generatoare de venituri cu Contractantul.

2.2. Atât Asiguratul Principal, cât și Asiguratul Secundar, dacă există, trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele condiții imperative:

- a) să aibă vârsta cuprinsă între 18 (optsprezece) și 50 (cincizeci) de ani împliniți la Data de încheiere a Contractului de asigurare;
- b) să nu figureze simultan ca Asigurat în alt contract în vigoare de acest tip;
- c) să aibă capacitate de exercițiu deplină, în conformitate cu prevederile legislației românești în vigoare.

2.3. Co-Asiguratul trebuie să aibă vârsta cuprinsă între 1 (unu) și 17 (șaptesprezece) ani împliniți la Data de încheiere a Contractului de asigurare.

2.4. La Data de încheiere a Contractului, Contractantul are dreptul să opteze doar pentru unul dintre nivelurile de sumă asigurată prevăzute în Contractul de asigurare, fără posibilitatea ca pe parcursul contractului să revină asupra variantei alese. La fiecare Aniversare a Contractului, Sumele asigurate vor fi majorate în conformitate cu prevederile Contractului de asigurare.

2.5. Toate informațiile obținute de Asigurător referitoare la starea de sănătate a Asiguratului / Co-Asiguratului se vor trata confidențial și se vor folosi numai în scopuri interne.

2.6. Statutul legal al Consultanțului / Brokerului de asigurare:

Atribuțiile aferente statutului legal al Agentului de asigurare sunt cele prevăzute de Legea 236/2018 privind distribuția de asigurări și Norma ASF nr. 19/2018 privind distribuția de asigurări și includ prezentarea produselor oferite de NN Asigurări de Viață, efectuarea activităților de distribuție specifice, precum și primirea cererilor de asigurare, primirea altor documente solicitate de către Asigurător de la Contractantul asigurării, Asigurat sau Beneficiar (inclusiv documente conținând informații medicale) și primirea documentelor emise de către Asigurător pentru a fi înmânate Contractantului. Acestea conțin datele cu caracter personal necesare îndeplinirii activității de distribuție astfel cum sunt ele prevăzute de prevederile legale și necesare în legătură cu contractul de asigurare, agentul de asigurare având atribuții în acest sens în calitate de intermediar secundar.

Atribuțiile aferente statutului legal al Brokerului de asigurare sunt cele prevăzute de Legea 236/2018 privind distribuția de asigurări și Norma ASF nr. 19/2018 privind distribuția de asigurări și pot include efectuarea activităților de distribuție specifice, precum și primirea cererilor de asigurare și a altor documente solicitate de către Asigurător de la Contractantul asigurării, Asigurat sau Beneficiar (inclusiv documente conținând informații medicale) și primirea documentelor emise de către Asigurător pentru a fi înmânate Contractantului. Acestea conțin datele cu caracter personal necesare îndeplinirii activității de distribuție astfel 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 nu va fi considerat un reprezentant legal al Asigurătorului în scopul încheierii valabile a contractului de asigurare. În cazul în care Agentul de asigurare/Brokerul de asigurare are cunoștință despre un fapt concret în legătură cu sau decurgând din încheierea și derularea contractului de asigurare, aceasta nu înseamnă implicit că Asigurătorul are, de asemenea, cunoștință despre acel fapt.

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

2.7. Legislația aplicabilă – Contractul de asigurare va fi guvernat de legislația română în vigoare.

2.8. Instanța competentă – Toate litigiile decurgând din sau în legătură cu Contractul de asigurare vor fi soluționate de instanța competentă potrivit legislației române în vigoare.

2.9. În conformitate cu prevederile codului fiscal în vigoare, primele de asigurare de viață nu constituie deduceri din baza impozabilă pentru persoane fizice. În cazul în care Contractantul este persoană juridică, impozitele care se referă la plata primelor de asigurare, dacă sunt aplicabile conform dispozițiilor legale în vigoare, sunt suportate de către Contractantul asigurării, împreună cu primele corespunzătoare. Asigurătorul nu are nicio responsabilitate în cazul în care Contractantul persoană juridică nu se conformează unor asemenea dispoziții legale. În ceea ce privește despăgubirile încasate din asigurări, acestea nu se impozitează la persoana fizică beneficiară.

Art. 3 Intrarea în vigoare, încetarea și reînnoirea Contractului de asigurare

3.1. Contractul și, implicit, acoperirea prin asigurare intră în vigoare la ora 00:00 a zilei următoare Datei de încheiere a Contractului de asigurare și sub condiția ca rezultatul aplicării măsurilor de cunoaștere a clientelei, puse în practică de Asigurător pentru Contractant și/sau Asigurat și/sau Beneficiari, să permită inițierea unei relații de afaceri. Datele de identificare personale utilizate pentru cunoașterea clientelei sunt cele prevăzute de legislația în vigoare..

Contractul și, implicit, acoperirea prin asigurare încetează la ora 0:00 a zilei de expirare a asigurării.

3.2. În următoarele situații, Contractul de asigurare își încetează efectele de plin drept, fără a mai fi necesară îndeplinirea vreunei alte formalități, somații, proceduri, etc. și fără intervenția vreunei instanțe judecătorești:

a) la ora 24:00 a datei expirării Contractului de asigurare;

b) denunțarea unilaterală a Contractului de asigurare la solicitarea scrisă a Contractantului, a Asiguratului Principal sau a Asiguratului Secundar. Contractul își va înceta efectele la ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei de încetare astfel solicitate sau, în cazul în care o astfel de dată nu este specificată expres, la ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei recepționării de către Asigurător a înștiințării scrise de denunțare a Contractului de asigurare. Într-o asemenea situație, Asigurătorul este exonerat de obligația efectuării vreunei plăți.

c) în cazul refuzului de a furniza informații privind datele de identificare personală ale Contractantului, Asiguratului sau Beneficiarului sau în cazul în care rezultatul aplicării măsurilor de cunoaștere a clientelei, puse în practică de Asigurător pentru Contractant și/sau Asigurat și/sau Beneficiari (respectiv ale moștenitorilor Asiguratului în calitate de Beneficiari) nu permite continuarea relației de afaceri; Datele de identificare personale sunt cele prevăzute de legislația în vigoare.

d) la data decesului Asiguratului, în cazul unui contract cu un singur Asigurat, sau la data ultimului deces dintre decesele Asiguratului Principal și Asiguratului Secundar în cazul unui contract cu Asigurat Secundar, urmat de plata Indemnizației / Indemnizațiilor de asigurare de deces;

e) la data decesului Asiguratului, în cazul unui contract cu un singur Asigurat, sau la data ultimului deces dintre decesele Asiguratului Principal și Asiguratului Secundar în cazul unui contract cu Asigurat Secundar, neurmat de plata Indemnizației / Indemnizațiilor de asigurare de deces, datorită neîndeplinirii condițiilor contractuale pentru plata Indemnizației.

f) Prin rezilierea unilaterală de către Asigurător a Contractului de asigurare, în următoarele situații:

- în cazul nerespectării prevederilor articolelor 2.2 și 2.3 de mai sus, constatată de către Asigurător ulterior intrării în vigoare a Contractului de asigurare;

- în cazul în care Contractantul și / sau Asiguratul și/sau Beneficiarii (respectiv moștenitorii Asiguratului în calitate de Beneficiari) furnizează Asigurătorului declarații false și / sau informații incomplete cu privire la împrejurările esențiale referitoare la riscurile asigurate (privitor la declarația pe propria răspundere referitoare la starea de sănătate), informații care, dacă ar fi fost aduse la cunoștința Asigurătorului, ar fi determinat neîncheierea Contractului de asigurare.

La constatarea acestor situații, Asigurătorul are dreptul de a rezilia unilateral Contractul de asigurare, printr-o notificare adresată în acest sens Contractantului sau Beneficiarilor, după caz. Contractul de asigurare va înceta de plin drept la ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei expedierii de către Asigurător a scrisorii mai sus menționate. Într-o asemenea situație, Asigurătorul este exonerat de obligația efectuării plății vreunei indemnizații de asigurare, iar primele de asigurare plătite de către Contractant vor fi reținute de către Asigurător.

3.3. În cazul decesului Contractantului persoană fizică pe perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, Asiguratul Secundar dobândește automat calitatea de Contractant, începând cu ora 00:00 a zilei următoare datei decesului Contractantului persoană fizică.

3.4. În cazul contractului cu Contractant persoană juridică, dacă Asiguratul Principal decedează, Asiguratul Secundar dobândește automat calitatea de Contractant, începând cu ora 00:00 a zilei următoare datei decesului Asiguratului Principal. În situația în care Asiguratul Secundar, devenit Contractant, își exprimă în scris refuzul de a prelua Contractul de asigurare, acesta este reziliat de drept, contractul încetând să mai producă efecte din ziua următoare recepționării refuzului la sediul central al Asigurătorului.

3.5. În cazurile prevăzute la articolele 3.3 și 3.4, precum și în cazul decesului Asiguratului Secundar pe perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, Asigurătorul va emite un document însoțit de o poliță de asigurare, prin care îl va înștiința pe Contractant de modificările contractuale survenite. În cazul contractelor cu plata eșalonată a primei de asigurare, Asigurătorul va comunica Contractantului și noua primă de asigurare, recalculată în funcție de persoanele asigurate – Asiguratul și Co-Asigurații – rămase în contract și care va intra în vigoare începând cu următoarea scadență de plată a primei de asigurare.

3.6. În caz de reorganizare a Contractantului persoană juridică sau de încetare a raporturilor generatoare de venituri între Contractant și Asiguratul Principal, Contractul de asigurare poate fi preluat de către Asiguratul Principal sau poate fi transferat unei alte entități juridice care dobândește un interes asigurabil asupra Asiguratului Principal. Transferul Contractului de asigurare va fi efectuat cu acordul ambelor părți contractante – Asigurător și noul Contractant – în condițiile ce vor fi convenite, în scris, de către părți.

3.7. Reînnoirea contractului este posibilă în termen de maximum 30 de zile de la expirarea contractului precedent, cu completarea unei noi cereri de asigurare. În cazul unui contract reînnoit, perioada de așteptare de 1 (un) an pentru deces din îmbolnăvire nu se mai aplică pentru persoana care a fost asigurată anterior în contract, fie Asigurat Principal, fie Asigurat Secundar.

Art. 4 Modul de calcul și plata primelor. Întârzierea plății primelor de asigurare și repunerea în vigoare

- 4.1. Toate primele de asigurare trebuie plătite în monedă românească.
- 4.2. Prima de asigurare se determină ca sumă a primelor de asigurare aferente tuturor persoanelor asigurate în cadrul contractului, în funcție de vârstele Asiguratului Principal și Secundar la Data de încheiere a Contractului de asigurare, de numărul de Co-Asigurați și de nivelul sumelor asigurate.
- 4.3. Primele de asigurare eșalonate sunt plătite pe durata contractului. Prima de asigurare inițială se va plăti integral la Data de încheiere a Contractului de asigurare, iar primele următoare se vor plăti integral nu mai târziu de prima zi a fiecărei perioade acoperite de respectiva primă de asigurare. Contractantul este răspunzător pentru plata primelor de asigurare.
- 4.4. Plata primelor de asigurare eșalonate va fi efectuată exclusiv prin instituții de credit autorizate. Plățile la care Contractantul se obligă prin Contractul de asigurare vor fi considerate a fi efectuate la ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei la care instituția de credit în cauză a vizat instrucțiunea de plată a primei emisă de către Contractant și înaintată în acest scop. Instrucțiunea de plată emisă de către Contractant, conținând datele complete și corecte privind plata și transferul către contul bancar al Asigurătorului și vizată în mod corespunzător de către instituția de credit, va face dovada efectuării plății.
- 4.5. Contractantul beneficiază de un termen de grație în vederea efectuării plății primelor de asigurare eșalonate de 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data scadenței respectivei plăți. În cazul în care Contractantul nu a efectuat plata primelor restante nici în cadrul termenului de grație, Asigurătorul va suspenda acoperirea riscului producerii Evenimentului asigurat începând cu ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare zilei expirării termenului de grație. Orice Eveniment asigurat produs după această dată și până la repunerea în vigoare a acoperirii contractuale a riscului, prin plata integrală a primelor restante relevante către Asigurător în conformitate cu prevederile art. 4.4, nu va fi acoperit de către Asigurător, acesta fiind exonerat de plata oricărei Indemnizații de asigurare.
- 4.6. Dacă primele de asigurare eșalonate nu au fost plătite integral de Contractant până la data scadenței plății, Contractul de asigurare continuă să-și producă efectele, cu excepția neacoperirii riscului producerii Evenimentului asigurat de la data și în condițiile prevăzute la art. 4.5. La împlinirea a 90 (nouăzeci) de zile de întârziere a plății, Contractul de asigurare va fi reziliat de plin drept, fără a mai fi necesară îndeplinirea vreunei alte formalități, somații, proceduri, etc. și fără intervenția vreunei instanțe judecătorești, Asigurătorul fiind exonerat de obligația efectuării vreunei plăți. Contractantul asigurării va fi notificat prin canalul ales de Asigurător înaintea împlinirii acestei perioade asupra consecințelor legale ale neplății primei de asigurare restante.
- 4.7. În cazul în care Contractantul asigurării plătește integral prima de asigurare restantă în termen de 90 (nouăzeci) de zile calendaristice de la data scadenței, acoperirea riscului producerii Evenimentului asigurat va fi repusă în vigoare, cu efect numai pentru viitor, începând cu ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei efectuării plății primei de asigurare datorate, în conformitate cu prevederile art. 4.4 de mai sus. În acest caz, repunerea în vigoare a acoperirii contractuale a riscului de către Asigurător se va face în condițiile dinaintea suspendării acoperirii riscului producerii Evenimentului asigurat.
- 4.8. Contractul reziliat datorită neplății primei de asigurare poate fi repus în vigoare în maxim 1 (un) an de la data rezilierii. Repunerea se va face cu efect numai pentru viitor, începând cu ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei efectuării plății primelor de asigurare restante datorate.
- 4.9. Contractul nu are valoare de răscumpărare.

Art. 5 Plata indemnizațiilor

- 5.1. Asigurătorul va fi înștiințat în scris, în cel mai scurt timp, despre orice Eveniment prevăzut în contractul de asigurare, dar nu mai târziu de:
 - 72 (șaptezeci și două) de ore de la externare / suportarea intervenției chirurgicale;
Anunțul se face prin trimiterea „Formularului de anunț al evenimentului asigurat Spitalizare / Intervenție chirurgicală”, semnat în original de Asigurat, însoțit de documentele menționate în formular care atestă producerea evenimentului.
 - 30 (treizeci) de zile calendaristice de la producerea decesului.În caz de neîndeplinire a acestor termene, Asigurătorul are dreptul să refuze plata Indemnizației de asigurare dacă din acest motiv nu a putut determina cu exactitate circumstanțele producerii Evenimentului asigurat.
- 5.2. La producerea Evenimentului asigurat, Beneficiarul se obligă să pună la dispoziția Asigurătorului următoarele documente:
 - a);
 - b) copia actului de identitate al Asiguratului / Co-Asiguratului / Beneficiarului (certificat de naștere - pentru copii, buletin / carte de identitate - pentru cetățenii români sau pașaport – pentru cetățenii străini) semnată în original de Beneficiar sau de reprezentantul legal al acestuia, dacă Beneficiarul este lipsit de capacitate de exercițiu;
 - c) fișa de consultații medicale întocmită de către medicul de familie care să cuprindă istoricul medical;
 - d) documente emise de către autoritățile competente care să ateste împrejurările producerii Accidentului;
 - e) certificat de analiză toxicologică a Asiguratului / Co-Asiguratului, în cazul în care aceasta a fost impusă prin lege;
 - f) documente care atestă producerea Evenimentului asigurat:
 - în cazul decesului: copii ale certificatului de deces și certificatului medical constatator al decesului, emise de autoritățile competente;
 - în cazul spitalizării și / sau intervenției chirurgicale: copie completă după Foaia de observație din Spital a Asiguratului / Co-Asiguratului și biletul de ieșire din spital
 - g) oricare alte documente cerute de Asigurător pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al Indemnizației de asigurare.
- 5.3. Asigurătorul își rezervă dreptul de a investiga orice pretenție emisă de Beneficiarul contractual al Indemnizației de asigurare, pentru a determina întinderea obligației de plată a Indemnizației. Prin semnarea Contractului de asigurare, Asiguratul îl mandatează pe Asigurător să acționeze în numele său și pentru sine pentru îndeplinirea oricăror formalități și obținerea oricăror documente ce se impun a fi îndeplinite, respectiv procurate, astfel încât să se poată stabili circumstanțele producerii Evenimentului asigurat. Dacă în termen de 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data notificării prin care Asigurătorul solicită Beneficiarului transmiterea documentelor în conformitate cu art. 5.2 Beneficiarul refuză să furnizeze Asigurătorului aceste documente, Asigurătorul are dreptul să refuze plata Indemnizației de asigurare.
- 5.4. În cazul în care Asiguratul a dispărut sau identificarea corpului său nu este posibilă, Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare Beneficiarilor desemnați sau moștenitorilor Asiguratului, după caz, numai în baza unei hotărâri judecătorești de declarare a morții prezumate, rămasă definitivă și irevocabilă.

- 5.5. În cazul unui Eveniment asigurat, Asigurătorul are dreptul de a verifica veridicitatea informațiilor furnizate de către Asigurat la Data de încheiere a Contractului de asigurare. Dacă se constată că Asiguratul a furnizat declarații false sau informații incomplete (cu privire la declarația pe propria răspundere referitoare la starea de sănătate) la completarea Contractului de asigurare, Asigurătorul are dreptul de a refuza acordarea Indemnizației de asigurare.
- 5.6. Dacă Asiguratul / Co-Asiguratul suferă o îmbolnăvire sau un Accident, atunci are obligația de a cere și de a accepta fără întârziere un tratament medical, de a urma prescripțiile medicului și de a-și facilita restabilirea. Asigurătorul consideră refuzul tratamentului recomandat de medic menit să asigure sau să faciliteze restabilirea stării de sănătate drept act de autovătămare / suicid. Față de refuzul neîntemeiat al Asiguratului / Co-Asiguratului de a îndeplini această obligație, Asigurătorul are dreptul, în funcție de circumstanțele concrete, să refuze plata Indemnizației de asigurare.
- 5.7. În conformitate cu rezultatul cercetărilor întreprinse de către Asigurător, Indemnizația este plătită într-un termen de 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data finalizării investigațiilor.
- 5.8. **Deces din orice cauză:** Componenta de deces din orice cauză cuprinde decesul din îmbolnăvire și decesul din Accident. Pentru riscul de deces din îmbolnăvire al Asiguratului se aplică o perioadă de așteptare de 1 (un) an, calculată de la ora 00:00 a zilei următoare Datei de încheiere a Contractului de asigurare. În cazul în care Asiguratul decedează ca urmare a unei îmbolnăviri pe parcursul primului an de asigurare, Asigurătorul este exonerat de plata Indemnizației de asigurare. În cazul în care Asiguratul decedează ca urmare a unei îmbolnăviri după prima Aniversare a contractului, Indemnizația de asigurare este reprezentată de Suma asigurată aferentă componentei de deces din orice cauză. În cazul contractelor reînnoite în termen de 30 contract, perioada de așteptare nu se mai aplică pentru persoana care a fost asigurată anterior în contract, fie Asigurat Principal, fie Asigurat Secundar.
- 5.9. **Deces din Accident:** În cazul în care Asiguratul decedează, oricând pe perioada de valabilitate a Contractului, ca urmare a unui Accident, Indemnizația de asigurare este reprezentată de Suma asigurată aferentă componentei de Deces din orice cauză cumulată cu Suma asigurată aferentă componentei de Deces din Accident. Pe perioada precontractuală acoperită limitat este acoperit decesul din accident în limita sumei asigurate pe componenta de deces din accident.
- 5.10. **Spitalizare din Accident:** În cazul în care, pe perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, Asiguratul suferă o Spitalizare cauzată direct de un Accident, Indemnizația de asigurare este reprezentată de produsul dintre Suma asigurată aferentă componentei de Spitalizare din Accident și numărul de zile de spitalizare petrecute de Asigurat / Co-Asigurat în Spital, cu excepția primelor 3 (trei) zile din fiecare perioadă de Spitalizare, care nu sunt acoperite de Asigurător, fiind deduse din calculul Indemnizației de spitalizare. Numărul maxim de zile de spitalizare acoperite de Asigurător pe parcursul unui An de Asigurare nu poate depăși 60 (șaizeci) de zile.
- 5.11. **Intervenție chirurgicală din Accident:** În cazul în care, pe perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, Asiguratul suferă o Intervenție chirurgicală cauzată direct de un Accident, Indemnizația de asigurare este reprezentată de procentul prevăzut în Anexă, aplicat la Suma asigurată aferentă. Dacă o Intervenție chirurgicală nu apare listată în Anexă, procentul folosit pentru determinarea Indemnizației de asigurare este cel valabil pentru o Intervenție chirurgicală considerată de medicul specialist acreditat de către Asigurător ca fiind similară cu cea suferită. Două sau mai multe Intervenții chirurgicale cauzate direct de același Accident și efectuate sub aceeași anestezie vor fi considerate ca una singură, iar pentru determinarea Indemnizației de asigurare se va folosi cel mai mare dintre procente aferente acestora. Pentru determinarea Indemnizației în cazul a două sau mai multe Intervenții chirurgicale efectuate în același timp, în aceeași zonă a corpului, se va folosi cel mai mare dintre procente aferente acestora. Indemnizația totală plătită de Asigurător pe parcursul unui An de asigurare nu va depăși un prag maxim de 500% din Suma asigurată aferentă componentei de Intervenție Chirurgicală din Accident pentru fiecare Asigurat/Co-Asigurat. Intervențiile chirurgicale care se efectuează în mai multe etape vor fi considerate ca una singură.
- 5.12. Dacă Evenimentul Asigurat survine pe perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, Asigurătorul va plăti Beneficiarilor desemnați Indemnizația de asigurare în conformitate cu prevederile Contractului de asigurare, sub rezerva prevederilor art. 4, 5 și 7.
- 5.13. În cazul în care nu a fost stabilit un Beneficiar sau dacă Beneficiarul desemnat / unul dintre beneficiari a decedat sau a fost revocat înainte sau la data producerii Evenimentului asigurat reprezentând decesul Asiguratului, plata cotei părți ce ar fi revenit acestuia, se face moștenitorilor Asiguratului, în calitate de Beneficiari conform legislației în vigoare în ceea ce privește succesiunea.
- 5.14. În cazul Evenimentului asigurat reprezentat de decesul Asiguratului, Asigurătorul va reduce Indemnizația cu orice primă de asigurare datorată cu data de scadență depășită și neplătită până la momentul producerii Evenimentului asigurat.
- 5.15. În cazul în care decesul Asiguratului este cauzat de un act intenționat al Beneficiarului, pentru care s-a pronunțat o sentință penală împotriva acestuia, rămasă definitivă și irevocabilă, Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației către Beneficiarul respectiv. În acest caz, Beneficiarul respectiv decedează din dreptul de a încasa sumele convenite în temeiul Contractului de asigurare și, pe cale de consecință, plata se va face către ceilalți Beneficiari desemnați sau, conform prevederilor art. 5.13 de mai sus, către moștenitorii Asiguratului, în conformitate cu legislația în vigoare referitoare la succesiune.
- 5.16. Asigurătorul nu acoperă riscurile producerii decesului din Accident, a spitalizării sau/și intervenției chirurgicale a/ale Asiguratului/Co-Asiguratului:
- în cazul în care riscurile menționate au survenit după 1 (un) an de la producerea Accidentului;
 - în cazul în care riscurile menționate au fost determinate de un Accident produs:
 - anterior orei 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare Datei de încheiere a Contractului de asigurare;
 - anterior momentului repunerii în vigoare a Contractului de asigurare, în cazul în care acoperirea contractuală a fost suspendată conform articolului 4.5 (după expirarea termenului de grație) sau Contractul a fost reziliat prin neplată, conform art. 4.6;
 - în cazul în care Spitalizarea sau / și Intervenția chirurgicală a / ale Asiguratului / Co-Asiguratului a / au survenit ca urmare a agravării, prin Accident, a unei afecțiuni preexistente acestuia;
 - în cazul în care Spitalizarea sau / și Intervenția chirurgicală a / ale Asiguratului / Co-Asiguratului a / au intervenit în afara granițelor României.
- 5.17. Orice plată la care Asigurătorul se obligă în baza Contractului de asigurare va fi efectuată în România, către creditorul respectivei plăți (direct sau către împuternicitul acestuia, în temeiul unei procuri scrise autentice) desemnat ca atare conform prevederilor contractuale.
- 5.18. Sumele se vor vira de către Asigurător către Beneficiar prin mandat poștal sau în contul bancar al acestuia. Plata prin mandat poștal este disponibilă cu respectarea unei limitei maxime stabilite de către Asigurător.
- 5.19. Toate costurile generate de transferul sumei prin mandat poștal sau prin transfer bancar vor fi suportate de către destinatarul plății.

5.20. Destinatarii plății își asumă îndeplinirea tuturor obligațiilor prevăzute de legislația română în vigoare, inclusiv a obligațiilor de natură financiar-fiscală ce ar putea izvorî din efectuarea plății. În această situație, Asigurătorul își declină orice responsabilitate asupra consecințelor neîndeplinirii întocmai a obligațiilor legale de către persoanele în cauză.

Art. 6 Drepturile și obligațiile părților

6.1. În cazul unui Contract de asigurare cu un singur Asigurat nu există restricții cu privire la desemnarea Beneficiarului/ Beneficiarilor Indemnizației de asigurare de deces, sub rezerva existenței Interesului Asigurabil. Modificarea Beneficiarului / Beneficiarilor din contract se face în baza solicitării scrise a Asiguratului cu acordul Contractantului.

6.2. În cazul unui Contract de asigurare cu Asigurat Secundar:

- beneficiarul Indemnizației de asigurare în cazul decesului Asiguratului Principal este Asiguratul Secundar;
- beneficiarul Indemnizației de asigurare în cazul decesului Asiguratului Secundar este Asiguratul Principal.

Pe durata de valabilitate a unui asemenea Contract de asigurare, Beneficiarii Indemnizației de asigurare de deces nu pot fi schimbați.

6.3. Contractantul are dreptul ca în termen de 20 (douăzeci) de zile de la Data de încheiere a contractului să-l poată denunța.

Prin urmare, în cazul în care Contractantul asigurării dorește să-și exercite acest drept, se va proceda la denunțarea Contractului de asigurare și la returnarea integrală a primei de asigurare plătită la încheierea Contractului, fără a fi purtătoare de dobândă.

6.4. Contractantul asigurării, Asiguratul Principal și Asiguratul Secundar au dreptul de a solicita oricând informații suplimentare legate de Contractul de asigurare prin intermediul Consultantului/Brokerului de asigurare sau direct la sediul central al Asigurătorului, telefonic sau în scris.

6.5. Orice nemulțumire din partea Contractantului / Asiguratului și / sau Beneficiarilor va fi soluționată pe cale amiabilă. În acest scop, nemulțumirea va fi comunicată în scris (inclusiv în formă electronică) sau telefonic, către sediul central al Asigurătorului. Acesta va înregistra reclamația și va proceda la soluționarea nemulțumirii formulate. Reclamantul va primi ulterior, prin intermediul unei înștiințări oficiale, punctul de vedere al Asigurătorului conținând clarificările necesare și eventual modalitatea de soluționare a cererii. Dacă din punctul de vedere al reclamantului, răspunsul Asigurătorului nu răspunde cerințelor sale, la solicitarea acestuia, părțile pot conveni la organizarea unei întâlniri, în cadrul căreia să se soluționeze cererea. În situația în care nu s-a reușit soluționarea cazului pe cale amiabilă, părțile se pot adresa și Autorității de Supraveghere Financiară (ASF). În plus, în conformitate cu prevederile Regulamentului nr. 4/27.04.2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN) și ale Ordonanței Guvernului nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți, părțile au dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor. SAL-FIN este 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 de a adresa instanțele competente.

Art. 7 Excepții și excluderi

7.1. Pe parcursul primilor 2 (doi) ani de asigurare, Asigurătorul nu acoperă riscul de deces produs prin sinuciderea Asiguratului.

7.2. Asigurătorul nu acoperă riscurile de deces, spitalizare și/sau intervenție chirurgicală, dacă acestea sunt cauzate direct sau indirect de:

- a) război (declarat sau nu), invazie, acțiuni ale altor state, ostilități sau operațiuni similare unui război (fie că războiul a fost declarat sau nu), război civil, răscoală, mișcare socială de proporțiile unei răzcoale, revoltă militară, insurecție, rebeliune, revoluție, lovitură de stat sau instaurarea unei dictaturi militare, declararea legii marțiale sau a stării de asediu, participarea Asiguratului la organizarea și/sau comiterea de acte de terorism;
- b) fuziune sau fisiune nucleară sau radioactivitate;
- c) o afecțiune preexistentă Datei de încheiere a Contractului, precum și complicații apărute ca urmare a evoluției nefavorabile a acesteia.

7.3. Asigurătorul nu acoperă riscurile de deces din accident, spitalizare și/sau intervenție chirurgicală determinate de:

- a) de suicid, încercări de suicid sau acțiuni de auto-vătămare, automutilare;
- b) direct sau indirect de consumul voluntar de alcool, consumul voluntar de medicamente sau de alte substanțe chimice cum ar fi narcotice, sedative, tranchilizante, fără indicația medicului autorizat;
- c) de participarea sau intenția de a participa la acțiuni ilegale, ilicite, interzise, precum și la orice alte acțiuni cărora le lipsește elementul de impredictibilitate și de independență față de voința asiguratului;
- d) de participarea la acțiuni hazardate, sporturi sau activități recreative periculoase: planorism, parapantism, parașutism, aviație sportivă, deltaplanorism, speologie, alpinism, scufundări, acrobație, cascadorie, sporturi extreme;
- e) de exercitarea următoarelor ocupații: pilot de încercare, trupe de cercetare / diversivne, forțe de intervenție rapidă și pază specială, trupe de menținere a păcii, lucrători operativi în servicii de informații, lucrători cu explozibil;
- f) de o boală infecțioasă, indiferent de modul de transmitere.

7.4. Asigurătorul nu acoperă riscurile de spitalizare și/sau intervenție chirurgicală determinate de:

- a) chirurgia plastică și reparatorie (cu excepția cazurilor care au o indicație terapeutică expresă pentru deficite funcționale);
- b) anomalii congenitale și/sau afecțiuni consecutive acestora;
- c) afecțiuni stomatologice;
- d) tratamentul afecțiunilor localizate la nivelul țesutului cutanat și subcutanat;
- e) extragerea corpurilor străine, superficiale, de la nivelul pielii, conjunctivei, corneei, intranazali, etc.;
- f) tratamentul unei arsuri de gradul I;
- g) afecțiuni survenite ca urmare a unor proceduri, tehnici, manevre medicochirurgicale incorecte sau ca urmare a unor proceduri / tehnici de tratament efectuate fără indicația medicului autorizat;
- h) tratarea unei afecțiuni preexistente Accidentului;
- i) afecțiuni determinate de acțiunea în timp a unor traumatisme sau eforturi fizice repetate;
- j) orice intervenție chirurgicală survenită ca urmare a unei intervenții chirurgicale / tratament, efectuate anterior accidentului;
- k) avortul provocat;
- l) afecțiuni/tulburări neuro-psihice sau schimbări de comportament și de personalitate, indiferent de cauză.
- m) extragere material osteosintează extern.

Art. 8 Prevederi finale

- 8.1. Asigurătorul este obligat să accepte cu efect juridic documentele ce i-au fost trimise, în vederea încheierii Contractului sau ulterior intrării lui în vigoare, numai dacă au fost prezentate în formă scrisă, prin e-mail sau prin intermediul serviciilor poștale. Respectivele documente au efect juridic numai dacă se face dovada că au fost recepționate de către Asigurător.
- 8.2. Toate notificările, cererile sau comunicările transmise de Asigurător în legătură cu prezentul Contract de Asigurare vor fi făcute în scris și vor fi comunicate Contractantului sau Asiguratului prin intermediul canalelor de informare.
- 8.3 În cazul în care Contractantul asigurării și-a schimbat adresa de email/numărul de telefon fără a notifica în scris Asigurătorul în acest sens, toată corespondența trimisă la ultimele date de contact electronice comunicate Asiguratorului va avea efecte juridice depline, Asigurătorul fiind exonerat de orice răspundere.
- 8.4. Contractantul asigurării are obligația de a informa Asigurătorul în legătură cu orice modificare a datelor personale, ale sale sau ale Asiguratului/Co-Asiguratului, importante din punctul de vedere al asigurării, în termen de 30 (treizeci) de zile calendaristice.
- 8.5. Contractantul are obligația de a aduce la cunoștință Asiguratului orice modificare a Contractului de asigurare, inclusiv încetarea Contractului de asigurare.
- 8.6. Specimenul de semnătură: Semnătura Persoanei Asigurate și a Contractantului din Cererea de asigurare este considerată specimen. Modificările specimenelor trebuie aduse la cunoștința Asigurătorului în baza unui formular specific. Semnătura poate fi atât olografă, cât și biometrică, părțile recunoscând și agreând că ambele au aceeași valoare juridică. În măsura în care Asigurătorul pune la dispoziție mijloacele necesare, semnătura poate consta și în semnătura electronică, valabilă conform legislației în domeniu și având aceeași valoare juridică precum semnătura olografă sau biometrică. În situații excepționale care implică restricții sau reticență în deplasare, precum, dar fără a se limita la stare de urgență, stare de alertă, este permisă aplicarea unui semn distinctiv cu valoare de semnătură, sub rezerva probării manifestării acordului de voință al Contractantului și al Persoanei asigurate cu privire la încheierea contractului de asigurare.
- 8.6. Fondul de garantare a asiguraților: În vederea protejării asiguraților și beneficiarilor asigurării, prin contribuția asiguraților (inclusiv a NN Asigurați de Viață S.A.), în temeiul articolului 1 alin. (1) din Legea nr. 213/2015, s-a constituit Fondul de garantare a asiguraților. Resursele financiare ale Fondului vor fi utilizate pentru plata despăgubirilor/indemnizațiilor rezultate din contractele de asigurare facultative și obligatorii, încheiate cu Fondul se constituie ca persoană juridică de drept public. Organizarea și funcționarea Fondului se stabilesc prin statut propriu aprobat de Consiliul ASF, la propunerea Consiliului de Administrație al Fondului.
- 8.7. Prezentele Condiții Contractuale care reprezintă și document de informare privind produsul de asigurare sunt aplicabile de la data de 15.07.2020 și se vor aplica Contractelor de asigurare încheiate după această dată.

Anexă – Nivelul indemnizației în cazul unei intervenții chirurgicale

Aspirațiile și drenajele transcutane

Numai pentru colecțiile din organele profunde 100%

BMF și ORL

Sutura limbii 100%

Rezecție apicală și repoziție de fractură alveolară 100%

Cerclaj intermaxilar al mandibulei 100%

Repoziție deschisă a fracturilor maxilare și mandibulare 200%

Repoziția deschisă cu/fără fixare internă a fracturilor masivului facial 200%

Reducerea închisă cu fixare internă a fracturilor masivului facial 200%

Rezecție și reconstrucție maxilară și/sau mandibulară 200%

Plastie sept 100%

Rezecție/Repoziție sept nazal 100%

Sutura cartilaje alare/nazale 100%

Închiderea perforației septale nazale 100%

Rezolvarea unei leziuni a urechii externe 100%

Timpanotomia 100%

Mastoidectomia 200%

Timpanoplastia cu scotch 100%

Sutură timpan 100%

Miringoplastie 200%

Reconstrucție de canal auditiv 300%

Rezecție ureche internă, medie 400%

Incizie pentru extragerea unui corp străin 100%

Aparatul vizual

Extracția unui corp străin din canalul/sacul lacrimal 100%

Excizia leziunii conjunctivale 100%

Sutură cornee, conjunctivă, iris 100%

Reconstrucția și plastia conjunctivală 200%

Rezolvarea unei leziuni palpebrale 100%

Îndepărtarea corpurilor străini intraoculari 200%

Blefaroplastie 300%

Plastie iriană 200%

Keratoplastia 200%

Extracția cristalinului 200%

Reconstrucția completă a orbitei cu/fără grefon 400%

Aparatul respirator

Laringectomie 400%

Traheostomie 100%

Rezecție trahee 400%

Explorare și drenaj de trahee 200%

Pleurotomia 100%

Drenaj toracal cu rezecție costală 200%

Reconstrucția unei leziuni bronhice posttraumatice 300%

Excizia unei leziuni a parenchimului pulmonar 400%

Rezecția unui lob pulmonar 300%

Pleurectomie 400%

Pneumectomia 500%

Sutura diafragmului 200%

Aparatul digestiv

Intervenții endoscopice în scop terapeutic 100%

Laparoscopie terapeutică 200%

Sutura esofagului prin abord toracal/cervical 300%

Sutura esofagului prin abord abdominal 200%

Plastia herniei externe (inghinală, ombilicală, a liniei albe) 100%

Reconstrucția peretelui abdominal 100%

Splenectomia 200%

Sutura ficatului, splinei, pancreasului 200%

Rezecția hepatică 400%

Pancreatectomie 400%

Sutura intestinului subțire, gros 300%

Rezecția totală de intestin subțire sau colon 300%

Rezecția parțială de intestin subțire sau colon 200%

Anus contra naturii 300%

Rezecție peritoneu 200%

Aparatul urinar

Sutură uretrală, sutură renală 200%

Sutura vezicii urinare 200%
Enuclearea țesutului renal lezionat 300%
Nefrectomia totală 400%
Nefrectomia parțială 300%
Rezecție de perete al vezicii urinare 300%
Operație de col vezical 200%
Substituirea ureterului 500%
Reconstrucția totală posttraumatică a vezicii urinare 400%

Aparatul genital feminin

Rezolvarea rupturii uterine 100%

Aparatul genital masculin

Sutura corpilor cavernoși 100%

Incizie scrot 100%

Meatotomie 100%

Operații periprostatice 200%

Operație de hidrocel 200%

Aparatul locomotor

Plastie piele liberă decolată 100%

Grefă musculo-cutanată pediculată 200%

Tratamentul chirurgical complet al unei arsuri (chiar și prin intervenții repetate):

gr II 100%

gr III < 20% 100%

20-30% 200%

>30% 300%

gr IV < 10% 100%

10-20% 200%

>20% 300%

Excizia și tratamentul unei escare – vezi arsuri gradul IV

Intervenții chirurgicale ale degetelor și mâinii:

Amputație cu interesare osoasă 100%

Fixare fractură cu osteosinteză 100%

Fixare fractură intra-articulară 100%

Îndepărtare fragment osos intra-articular, extra-articular 100%

Artrodeză interfalangiană 100%

Artrodeză mână 200%

Plastie cap tars, metatars 100%

Capsulorafii, tenorafii, tenoplastii, ligamentoplastii, miorafii 100%

Alte intervenții la nivelul aparatului locomotor:

Extensii cu tija transosoasă 100%

Artrotomie 100%

Artroliză 200%

Artrodeză:

- cot, gleznă, picior 200%

- umăr, genunchi, șold 300%

- coloană vertebrală 400%

Fixare fractură cu osteosinteză braț, antebraț, gambă 200%

Fixare fractură cu deschidere articulară 200%

Fixare fractură cu deschiderea articulației coxofemorale 300%

Îndepărtare de fragment osos:

- extra-articular 100%

- intra-articular 200%

Extragerea materialului de osteosinteză 100%

Endoproteză totală de umăr 300%

Endoproteză totală de șold 400%

Amputația la nivelul unor segmente de membru 200%

Rezecție cap radial, ulnar 100%

Alungire membru: antebraț, braț, gambă, coapsă 200%

Bursectomie 100%

Meniscectomie 200%

Artroscopie 200%

Tenoliză 100%

Tenoplastie 200%

Alungire/scurtare de tendon 100%

Sutură ligamentară 100%

Plastie ligamentară 200%

Plastie ligamentară genunchi 300%

Sutura tendonului Achile 100%

Sutura musculară 100%

Plastie musculară 200%

Grefă osoasă:

- la încheietura mâinii, metacarp sau falangă 100%

- la radius sau/și ulnă 200%

- la pelvis sau șold 300%

Aparatul cardiovascular

Sutură posttraumatică a vaselor mâinii, labei piciorului 100%

Anastomoză termino-terminală pentru refacerea continuității

vaselor extremităților (braț, antebraț, coapsă, gambă) 200%

Sutură vaselor regiunea cap – gât 400%

Sutură și reconstrucție cu implant al arterelor intra-toracale, intra-abdominale 400%

Sutură și reconstrucție cu implant al venelor intra-abdominale 400%

Evacuarea unui colecții pericardice 200%

Pericardotomie 200%

Sistemul nervos

Sutură de nerv epineural 100%

Sutură de nerv perineural 200%

Neurorafii mână 100%

Sutură microchirurgicală a ramurilor plexului brahial 300%

Grefa de nervi 200%

Gaură de trepan 200%

Evacuarea unui hematom/abces epidural 300%

Evacuarea unui hematom/abces subdural 400%

Rezolvarea unei fracturi craniene 200%

Radicotomie spinală – intercale clasică 400%

Decompresiune radiculară 300%

Nucleoplastia percutană 200%

Vertebroplastia percutana 200%

Intervenții chirurgicale clasice pe coloana vertebrală (hemilaminectomie, laminectomie, foraminotomie etc.)

- lombară sau lombo-sacrată 300%

- cervicală, toracală 400%

Fixare coloana vertebrală cu tijă, grefon 400%

Rezecție corp vertebral 400%

Rezecție corp vertebral cu reconstrucție 500%

Șunt ventriculo-peritoneal 400%

Șunt ventriculo-caval 400%

Gerke Anno Witteween
Director Executiv Financiar



NN Asigurări de Viață S.A.
C.U.I. 9100488

Gabriela Lupaș Țicu
Director Arie Marketing și Operațiuni



Condițiile contractului de asigurare SMART

Exemplar de returnat la sediul central

Am primit condițiile contractuale:

Nume _____ Semnătura _____ Data primirii _____

Contractul de asigurare de viață al societății NN Asigurări de Viață S.A. este guvernat de prezentele Condiții Contractuale.

Art. 1 Definiții:

Accident – Orice eveniment imprevizibil, survenit independent de voința Asiguratului, care cauzează vătămări corporale imediate, datorate acțiunii bruște, unice asupra organismului a unor factori externi fizici (mecanici, termici, electrice, etc.) sau chimici, cu excepția infecțiilor (virale, bacteriene, fungice, etc.) și substanțelor terapeutice care acționează asupra sistemului imunitar.

An de asigurare – Perioada de 1 (un) an cuprinsă între două date succesive de Aniversare a Contractului. Primul an de asigurare începe la Data de încheiere a Contractului.

Aniversarea Contractului – Fiecare aniversare a Datei de încheiere a Contractului.

Asigurat - Persoana a cărei viață și stare de sănătate constituie obiectul asigurării.

Asigurat Principal – Contractantul asigurării, în cazul în care acesta este o persoană fizică, sau o persoană fizică cu care Contractantul persoană juridică are relații generatoare de venituri.

Asigurat Secundar – Soțul / soția Asiguratului Principal la încheierea Contractului, care a semnat Contractul de asigurare.

Asigurator – NN Asigurări de Viață S.A., cu sediul central în Str. Costache Negri, nr. 1-5, sector 5, București, telefon 021 9464, societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, cod RA-012/10.04.2003, Cod LEI: 549300GK7Z9RSNNVFB27

Beneficiar – Persoana având Interes asigurabil căreia îi va fi plătită Indemnizația de asigurare în urma producerii unui Eveniment asigurat. Conform prezentului Contract, poate avea calitatea de Beneficiar doar o persoană fizică. În ceea ce privește componentele de spitalizare și intervenție chirurgicală din accident, beneficiar este Asiguratul Principal.

Îmbolnăvire – Orice suferință sau dereglare a funcțiilor organismului, diagnosticată ca atare de un medic specialist, cu excluderea afecțiunilor care nu au o bază obiectivă de diagnostic (explorări paraclinice).

Broker de asigurare (sau „companie de brokeraj”) - Persoana juridică română, intermediar principal autorizat de către Autoritatea de Supraveghere Financiară (ASF), care în cadrul activității principale, desfășoară activitate de distribuție conform legii, iar în cadrul activității secundare, poate efectua activitățile permise conform prevederile legale.

Canale de informare utilizate de Asigurator - Mijloace de comunicare electronice ori serviciu de mesagerie scurtă. Asiguratorul își rezervă dreptul de a alege canalul de comunicare pe care îl consideră cel mai potrivit, în funcție de tipul de comunicare.

Co-Asigurați – Copiii minori ai Asiguratului, naturali sau înfiați, necăsătoriți, a căror stare de sănătate constituie obiectul componentelor de spitalizare și intervenție chirurgicală din accident.

Consultant de asigurare sau „agent de asigurare” - Persoană fizică sau juridică, intermediar secundar, care, în baza Contractului de Agent și sub răspunderea Asiguratorului, desfășoară activități de distribuție ale produselor de asigurare ale NN Asigurări de Viață S.A. În legătură cu activitatea de distribuție, veniturile sale pot consta în comisioane, bonusuri de performanță și recompense non-financiare, acordate de Asigurator. Activitatea agentului de asigurări este reglementată, supravegheată și controlată de Autoritatea de Supraveghere Financiară.

Contractantul asigurării – Persoana fizică sau juridică, având Interes asigurabil cu privire la Asigurat, care încheie Contractul de asigurare împreună cu Asiguratorul și care se obligă să plătească primele de asigurare. În cazul în care, în cadrul Contractului, obiectul asigurării este constituit de viața și starea de sănătate ale Contractantului, acesta din urmă cumulează și calitatea de Asigurat Principal.

Data de încheiere a Contractului – Data la care a fost semnat Contractul de asigurare și a fost plătită integral prima inițială de asigurare. În cazul în care cele două date sunt diferite, Data de încheiere a Contractului va fi considerată cea mai recentă dintre acestea.

Durata Contractului – Perioada de 5 (cinci) ani care începe din Data de încheiere a Contractului de asigurare.

Perioada precontractuală acoperită limitat - Perioada de timp cuprinsă între ora 0:00 a zilei calendaristice imediat următoare Datei de semnare a cererii de asigurare și a plății primei de asigurare și ora 0:00 a Datei intrării în vigoare a Contractului de asigurare.

Eveniment asigurat – Un eveniment la a cărui producere Asiguratorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare, în conformitate cu prevederile Contractului de asigurare.

Sunt considerate evenimente asigurate:

- Decesul Asiguratului, din orice cauză, pe perioada de valabilitate a Contractului;
- Decesul Asiguratului pe perioada de valabilitate a Contractului, deces cauzat direct de un Accident;
- Spitalizarea suferită de către Asigurat/Co-Asigurat pe perioada de valabilitate a Contractului, pentru afecțiuni cauzate direct de un Accident;

- Intervenția chirurgicală suferită de către Asigurat/Co-Asigurat pe perioada de valabilitate a Contractului, pentru afecțiuni cauzate direct de un Accident.

Indemnizația de asigurare – Suma plătită de către Asigurător, în conformitate cu prevederile Contractului de asigurare, ca urmare a producerii Evenimentului asigurat.

Interes asigurabil – Motivația financiară existentă între Asigurat și Contractant, pe de o parte (sub aspectul interesului legitim de plată a primelor de asigurare), și între Asigurat și Beneficiar, pe de altă parte (sub aspectul interesului legitim de încasare a Indemnizației de asigurare în cazul decesului Asiguratului).

Intervenție chirurgicală – Procedură sau tehnică medicală efectuată asupra Asiguratului / Co-Asiguratului într-un Spital, de către un medic specialist într-o disciplină chirurgicală, și considerată necesară pentru vindecarea sau ameliorarea unei boli sau vătămări corporale suferite de Asigurat / Co-Asigurat. Procedura sau tehnica medicală trebuie să implice o incizie și să fie efectuată sub o anestezie locală sau generală, de către un medic chirurg cu drept de liberă practică, în prezența unui medic anestezist.

O zi de spitalizare – Intervalul de 24 (douăzeci și patru) de ore petrecut efectiv de către Asigurat / Co-Asigurat în Spital.

Prima zi de spitalizare, care începe la ora de internare a Asiguratului / Co-Asiguratului, odată cu luarea în evidență a acestuia de către Spital și se termină la ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare, este calculată ca o zi de spitalizare întreagă.

Ultima zi de spitalizare, care începe la ora 00:00 și se termină la momentul externării, se consideră o zi de spitalizare întreagă.

Prima de asigurare – Valoarea costului asigurării specificată în Contractul de asigurare.

Spital – Instituție sanitară care îndeplinește concomitent următoarele cerințe:

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

Nu se consideră a fi Spital:

- Instituțiile destinate îngrijirii alcoolicilor sau persoanelor dependente de droguri;
- Sanatoriile balneo-climaterice, TBC sau de recuperare neuro-psihomeorie;
- Instituțiile pentru tratarea bolilor psihice;
- Instituțiile de reabilitare;
- Azilele pentru bătrâni.

Spitalizare – Perioada de internare a Asiguratului / Co-Asiguratului într-un Spital considerată de către un medic specialist ca fiind necesară pentru ameliorarea sau vindecarea unei boli sau a unei vătămări corporale.

Suma asigurată – Suma prevăzută ca atare în cadrul Contractului de asigurare.

Art. 2 Prevederi generale

2.1. Contractul de asigurare se încheie între Asigurător și orice persoană fizică sau juridică, în calitate de Contractant. În cazul în care Contractantul este o persoană fizică, acesta este obligatoriu și Asigurat Principal. În cazul în care Contractantul este o persoană juridică, Asigurat Principal poate fi doar o persoană care are relații generatoare de venituri cu Contractantul.

2.2. Atât Asiguratul Principal, cât și Asiguratul Secundar, dacă există, trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele condiții imperative:

- a) să aibă vârsta cuprinsă între 18 (optsprezece) și 50 (cincizeci) de ani împliniți la Data de încheiere a Contractului de asigurare;
- b) să nu figureze simultan ca Asigurat în alt contract în vigoare de acest tip;
- c) să aibă capacitate de exercițiu deplină, în conformitate cu prevederile legislației românești în vigoare.

2.3. Co-Asiguratul trebuie să aibă vârsta cuprinsă între 1 (unu) și 17 (șaptesprezece) ani împliniți la Data de încheiere a Contractului de asigurare.

2.4. La Data de încheiere a Contractului, Contractantul are dreptul să opteze doar pentru unul dintre nivelurile de sumă asigurată prevăzute în Contractul de asigurare, fără posibilitatea ca pe parcursul contractului să revină asupra variantei alese. La fiecare Aniversare a Contractului, Sumele asigurate vor fi majorate în conformitate cu prevederile Contractului de asigurare.

2.5. Toate informațiile obținute de Asigurător referitoare la starea de sănătate a Asiguratului / Co-Asiguratului se vor trata confidențial și se vor folosi numai în scopuri interne.

2.6. Statutul legal al Consultantului / Brokerului de asigurare:

Atribuțiile aferente statutului legal al Agentului de asigurare sunt cele prevăzute de Legea 236/2018 privind distribuția de asigurări și Norma ASF nr. 19/2018 privind distribuția de asigurări și includ prezentarea produselor oferite de NN Asigurări de Viață, efectuarea activităților de distribuție specifice, precum și primirea cererilor de asigurare, primirea altor documente solicitate de către Asigurător de la Contractantul asigurării, Asigurat sau Beneficiar (inclusiv documente conținând informații medicale) și primirea documentelor emise de către Asigurător pentru a fi înmânate Contractantului. Acestea conțin datele cu caracter personal necesare îndeplinirii activității de distribuție astfel cum sunt ele prevăzute de prevederile legale și necesare în legătură cu contractul de asigurare, agentul de asigurare având atribuții în acest sens în calitate de intermediar secundar.

Atribuțiile aferente statutului legal al Brokerului de asigurare sunt cele prevăzute de Legea 236/2018 privind distribuția de asigurări și Norma ASF nr. 19/2018 privind distribuția de asigurări și pot include efectuarea activităților de distribuție specifice, precum și primirea cererilor de asigurare și a altor documente solicitate de către Asigurător de la Contractantul asigurării, Asigurat sau Beneficiar (inclusiv documente conținând informații medicale) și primirea documentelor emise de către Asigurător pentru a fi înmânate Contractantului. Acestea conțin datele cu caracter personal necesare îndeplinirii activității de distribuție astfel 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 nu va fi considerat un reprezentant legal al Asigurătorului în scopul încheierii valabile a contractului de asigurare. În cazul în care Agentul de asigurare/Brokerul de asigurare are cunoștință despre un fapt concret în legătură cu sau decurgând din încheierea și derularea contractului de asigurare, aceasta nu înseamnă implicit că Asigurătorul are, de asemenea, cunoștință despre acel fapt.

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

2.7. Legislația aplicabilă – Contractul de asigurare va fi guvernat de legislația română în vigoare.

2.8. Instanța competentă – Toate litigiile decurgând din sau în legătură cu Contractul de asigurare vor fi soluționate de instanța competentă potrivit legislației române în vigoare.

2.9. În conformitate cu prevederile codului fiscal în vigoare, primele de asigurare de viață nu constituie deduceri din baza impozabilă pentru persoane fizice. În cazul în care Contractantul este persoană juridică, impozitele care se referă la plata primelor de asigurare, dacă sunt aplicabile conform dispozițiilor legale în vigoare, sunt suportate de către Contractantul asigurării, împreună cu primele corespunzătoare. Asigurătorul nu are nicio responsabilitate în cazul în care Contractantul persoană juridică nu se conformează unor asemenea dispoziții legale. În ceea ce privește despăgubirile încasate din asigurări, acestea nu se impozitează la persoana fizică beneficiară.

Art. 3 Intrarea în vigoare, încetarea și reînnoirea Contractului de asigurare

3.1. Contractul și, implicit, acoperirea prin asigurare intră în vigoare la ora 00:00 a zilei următoare Datei de încheiere a Contractului de asigurare și sub condiția ca rezultatul aplicării măsurilor de cunoaștere a clientelei, puse în practică de Asigurător pentru Contractant și/sau Asigurat și/sau Beneficiari, să permită inițierea unei relații de afaceri. Datele de identificare personale utilizate pentru cunoașterea clientelei sunt cele prevăzute de legislația în vigoare..

Contractul și, implicit, acoperirea prin asigurare încetează la ora 0:00 a zilei de expirare a asigurării.

3.2. În următoarele situații, Contractul de asigurare își încetează efectele de plin drept, fără a mai fi necesară îndeplinirea vreunei alte formalități, somații, proceduri, etc. și fără intervenția vreunei instanțe judecătorești:

a) la ora 24:00 a datei expirării Contractului de asigurare;

b) denunțarea unilaterală a Contractului de asigurare la solicitarea scrisă a Contractantului, a Asiguratului Principal sau a Asiguratului Secundar. Contractul își va înceta efectele la ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei de încetare astfel solicitate sau, în cazul în care o astfel de dată nu este specificată expres, la ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei recepționării de către Asigurător a înștiințării scrise de denunțare a Contractului de asigurare. Într-o asemenea situație, Asigurătorul este exonerat de obligația efectuării vreunei plăți.

c) în cazul refuzului de a furniza informații privind datele de identificare personală ale Contractantului, Asiguratului sau Beneficiarului sau în cazul în care rezultatul aplicării măsurilor de cunoaștere a clientelei, puse în practică de Asigurător pentru Contractant și/sau Asigurat și/sau Beneficiari (respectiv ale moștenitorilor Asiguratului în calitate de Beneficiari) nu permite continuarea relației de afaceri; Datele de identificare personale sunt cele prevăzute de legislația în vigoare.

d) la data decesului Asiguratului, în cazul unui contract cu un singur Asigurat, sau la data ultimului deces dintre decesele Asiguratului Principal și Asiguratului Secundar în cazul unui contract cu Asigurat Secundar, urmat de plata Indemnizației / Indemnizațiilor de asigurare de deces;

e) la data decesului Asiguratului, în cazul unui contract cu un singur Asigurat, sau la data ultimului deces dintre decesele Asiguratului Principal și Asiguratului Secundar în cazul unui contract cu Asigurat Secundar, neurmat de plata Indemnizației / Indemnizațiilor de asigurare de deces, datorită neîndeplinirii condițiilor contractuale pentru plata Indemnizației.

f) Prin rezilierea unilaterală de către Asigurător a Contractului de asigurare, în următoarele situații:

- în cazul nerespectării prevederilor articolelor 2.2 și 2.3 de mai sus, constatată de către Asigurător ulterior intrării în vigoare a Contractului de asigurare;

- în cazul în care Contractantul și / sau Asiguratul și/sau Beneficiarii (respectiv moștenitorii Asiguratului în calitate de Beneficiari) furnizează Asigurătorului declarații false și / sau informații incomplete cu privire la împrejurările esențiale referitoare la riscurile asigurate (privitor la declarația pe propria răspundere referitoare la starea de sănătate), informații care, dacă ar fi fost aduse la cunoștința Asigurătorului, ar fi determinat neîncheierea Contractului de asigurare.

La constatarea acestor situații, Asigurătorul are dreptul de a rezilia unilateral Contractul de asigurare, printr-o notificare adresată în acest sens Contractantului sau Beneficiarilor, după caz. Contractul de asigurare va înceta de plin drept la ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei expedierii de către Asigurător a scrisorii mai sus menționate. Într-o asemenea situație, Asigurătorul este exonerat de obligația efectuării plății vreunei indemnizații de asigurare, iar primele de asigurare plătite de către Contractant vor fi reținute de către Asigurător.

3.3. În cazul decesului Contractantului persoană fizică pe perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, Asiguratul Secundar dobândește automat calitatea de Contractant, începând cu ora 00:00 a zilei următoare datei decesului Contractantului persoană fizică.

3.4. În cazul contractului cu Contractant persoană juridică, dacă Asiguratul Principal decedează, Asiguratul Secundar dobândește automat calitatea de Contractant, începând cu ora 00:00 a zilei următoare datei decesului Asiguratului Principal. În situația în care Asiguratul Secundar, devenit Contractant, își exprimă în scris refuzul de a prelua Contractul de asigurare, acesta este reziliat de drept, contractul încetând să mai producă efecte din ziua următoare recepționării refuzului la sediul central al Asigurătorului.

3.5. În cazurile prevăzute la articolele 3.3 și 3.4, precum și în cazul decesului Asiguratului Secundar pe perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, Asigurătorul va emite un document însoțit de o poliță de asigurare, prin care îl va înștiința pe Contractant de modificările

contractuale survenite. În cazul contractelor cu plata eșalonată a primei de asigurare, Asigurătorul va comunica Contractantului și noua primă de asigurare, recalculată în funcție de persoanele asigurate – Asiguratul și Co-Asigurații – rămase în contract și care va intra în vigoare începând cu următoarea scadență de plată a primei de asigurare.

3.6. În caz de reorganizare a Contractantului persoană juridică sau de încetare a raporturilor generatoare de venituri între Contractant și Asiguratul Principal, Contractul de asigurare poate fi preluat de către Asiguratul Principal sau poate fi transferat unei alte entități juridice care dobândește un interes asigurabil asupra Asiguratului Principal. Transferul Contractului de asigurare va fi efectuat cu acordul ambelor părți contractante – Asigurător și noul Contractant – în condițiile ce vor fi convenite, în scris, de către părți.

3.7. Reînnoirea contractului este posibilă în termen de maximum 30 de zile de la expirarea contractului precedent, cu completarea unei noi cereri de asigurare. În cazul unui contract reînnoit, perioada de așteptare de 1 (un) an pentru deces din îmbolnăvire nu se mai aplică pentru persoana care a fost asigurată anterior în contract, fie Asigurat Principal, fie Asigurat Secundar.

Art. 4 Modul de calcul și plata primelor. Întârzierea plății primelor de asigurare și repunerea în vigoare

4.1. Toate primele de asigurare trebuie plătite în monedă românească.

4.2. Prima de asigurare se determină ca sumă a primelor de asigurare aferente tuturor persoanelor asigurate în cadrul contractului, în funcție de vârstele Asiguratului Principal și Secundar la Data de încheiere a Contractului de asigurare, de numărul de Co-Asigurați și de nivelul sumelor asigurate.

4.3. Primele de asigurare eșalonate sunt plătite pe durata contractului. Prima de asigurare inițială se va plăti integral la Data de încheiere a Contractului de asigurare, iar primele următoare se vor plăti integral nu mai târziu de prima zi a fiecărei perioade acoperite de respectiva primă de asigurare. Contractantul este răspunzător pentru plata primelor de asigurare.

4.4. Plata primelor de asigurare eșalonate va fi efectuată exclusiv prin instituții de credit autorizate. Plățile la care Contractantul se obligă prin Contractul de asigurare vor fi considerate a fi efectuate la ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei la care instituția de credit în cauză a vizat instrucțiunea de plată a primei emisă de către Contractant și înaintată în acest scop.

Instrucțiunea de plată emisă de către Contractant, conținând datele complete și corecte privind plata și transferul către contul bancar al Asigurătorului și vizată în mod corespunzător de către instituția de credit, va face dovada efectuării plății.

4.5. Contractantul beneficiază de un termen de grație în vederea efectuării plății primelor de asigurare eșalonate de 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data scadenței respectivei plăți. În cazul în care Contractantul nu a efectuat plata primelor restante nici în cadrul termenului de grație, Asigurătorul va suspenda acoperirea riscului producerii Evenimentului asigurat începând cu ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare zilei expirării termenului de grație. Orice Eveniment asigurat produs după această dată și până la repunerea în vigoare a acoperirii contractuale a riscului, prin plata integrală a primelor restante relevante către Asigurător în conformitate cu prevederile art. 4.4, nu va fi acoperit de către Asigurător, acesta fiind exonerat de plata oricărei Indemnizații de asigurare.

4.6. Dacă primele de asigurare eșalonate nu au fost plătite integral de Contractant până la data scadenței plății, Contractul de asigurare continuă să-și producă efectele, cu excepția neacoperirii riscului producerii Evenimentului asigurat de la data și în condițiile prevăzute la art.

4.5. La împlinirea a 90 (nouăzeci) de zile de întârziere a plății, Contractul de asigurare va fi reziliat de plin drept, fără a mai fi necesară îndeplinirea vreunei alte formalități, somații, proceduri, etc. și fără intervenția vreunei instanțe judecătorești, Asigurătorul fiind exonerat de obligația efectuării vreunei plăți. Contractantul asigurării va fi notificat prin canalul ales de Asigurător înaintea împlinirii acestei perioade asupra consecințelor legale ale neplății primei de asigurare restante.

4.7. În cazul în care Contractantul asigurării plătește integral prima de asigurare restantă în termen de 90 (nouăzeci) de zile calendaristice de la data scadenței, acoperirea riscului producerii Evenimentului asigurat va fi repusă în vigoare, cu efect numai pentru viitor, începând cu ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei efectuării plății primei de asigurare datorate, în conformitate cu prevederile art. 4.4 de mai sus. În acest caz, repunerea în vigoare a acoperirii contractuale a riscului de către Asigurător se va face în condițiile dinaintea suspendării acoperirii riscului producerii Evenimentului asigurat.

4.8. Contractul reziliat datorită neplății primei de asigurare poate fi repus în vigoare în maxim 1 (un) an de la data rezilierii.

Repunerea se va face cu efect numai pentru viitor, începând cu ora 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare datei efectuării plății primelor de asigurare restante datorate.

4.9. Contractul nu are valoare de răscumpărare.

Art. 5 Plata indemnizațiilor

5.1. Asigurătorul va fi înștiințat în scris, în cel mai scurt timp, despre orice Eveniment prevăzut în contractul de asigurare, dar nu mai târziu de:

- 72 (șaptezeci și două) de ore de la externare / suportarea intervenției chirurgicale;

Anunțul se face prin trimiterea „Formularului de anunț al evenimentului asigurat Spitalizare / Intervenție chirurgicală”, semnat în original de Asigurat, însoțit de documentele menționate în formular care atestă producerea evenimentului.

- 30 (treizeci) de zile calendaristice de la producerea decesului.

În caz de neîndeplinire a acestor termene, Asigurătorul are dreptul să refuze plata Indemnizației de asigurare dacă din acest motiv nu a putut determina cu exactitate circumstanțele producerii Evenimentului asigurat.

5.2. La producerea Evenimentului asigurat, Beneficiarul se obligă să pună la dispoziția Asigurătorului următoarele documente:

- a);
- b) copia actului de identitate al Asiguratului / Co-Asiguratului / Beneficiarului (certificat de naștere - pentru copii, buletin / carte de identitate - pentru cetățenii români sau pașaport – pentru cetățenii străini) semnată în original de Beneficiar sau de reprezentantul legal al acestuia, dacă Beneficiarul este lipsit de capacitate de exercițiu;
- c) fișa de consultații medicale întocmită de către medicul de familie care să cuprindă istoricul medical;
- d) documente emise de către autoritățile competente care să ateste împrejurările producerii Accidentului;
- e) certificat de analiză toxicologică a Asiguratului / Co-Asiguratului, în cazul în care aceasta a fost impusă prin lege;

f) documente care atestă producerea Evenimentului asigurat:

- în cazul decesului: copii ale certificatului de deces și certificatului medical constatator al decesului, emise de autoritățile competente;
- în cazul spitalizării și / sau intervenției chirurgicale: copie completă după Foaia de observație din Spital a Asiguratului / Co-Asiguratului și biletul de ieșire din spital

g) oricare alte documente cerute de Asigurător pentru a determina legalitatea plății sau pentru a determina nivelul corespunzător al Indemnizației de asigurare.

5.3. Asigurătorul își rezervă dreptul de a investiga orice pretenție emisă de Beneficiarul contractual al Indemnizației de asigurare, pentru a determina întinderea obligației de plată a Indemnizației. Prin semnarea Contractului de asigurare, Asiguratul îl mandatează pe Asigurător să acționeze în numele său și pentru sine pentru îndeplinirea oricăror formalități și obținerea oricăror documente ce se impun a fi îndeplinite, respectiv procurate, astfel încât să se poată stabili circumstanțele producerii Evenimentului asigurat. Dacă în termen de 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data notificării prin care Asigurătorul solicită Beneficiarului transmiterea documentelor în conformitate cu art. 5.2 Beneficiarul refuză să furnizeze Asigurătorului aceste documente, Asigurătorul are dreptul să refuze plata Indemnizației de asigurare.

5.4. În cazul în care Asiguratul a dispărut sau identificarea corpului său nu este posibilă, Asigurătorul va plăti Indemnizația de asigurare Beneficiarilor desemnați sau moștenitorilor Asiguratului, după caz, numai în baza unei hotărâri judecătorești de declarare a morții prezumate, rămasă definitivă și irevocabilă.

5.5. În cazul unui Eveniment asigurat, Asigurătorul are dreptul de a verifica veridicitatea informațiilor furnizate de către Asigurat la Data de încheiere a Contractului de asigurare. Dacă se constată că Asiguratul a furnizat declarații false sau informații incomplete (cu privire la declarația pe propria răspundere referitoare la starea de sănătate) la completarea Contractului de asigurare, Asigurătorul are dreptul de a refuza acordarea Indemnizației de asigurare.

5.6. Dacă Asiguratul / Co-Asiguratul suferă o îmbolnăvire sau un Accident, atunci are obligația de a cere și de a accepta fără întârziere un tratament medical, de a urma prescripțiile medicului și de a-și facilita restabilirea. Asigurătorul consideră refuzul tratamentului recomandat de medic menit să asigure sau să faciliteze restabilirea stării de sănătate drept act de autovătămare / suicid. Față de refuzul neîntemeiat al Asiguratului / Co-Asiguratului de a îndeplini această obligație, Asigurătorul are dreptul, în funcție de circumstanțele concrete, să refuze plata Indemnizației de asigurare.

5.7. În conformitate cu rezultatul cercetărilor întreprinse de către Asigurător, Indemnizația este plătită într-un termen de 30 (treizeci) de zile calendaristice de la data finalizării investigațiilor.

5.8. **Deces din orice cauză:** Componenta de deces din orice cauză cuprinde decesul din îmbolnăvire și decesul din Accident. Pentru riscul de deces din îmbolnăvire al Asiguratului se aplică o perioadă de așteptare de 1 (un) an, calculată de la ora 00:00 a zilei următoare Datei de încheiere a Contractului de asigurare. În cazul în care Asiguratul decedează ca urmare a unei îmbolnăviri pe parcursul primului an de asigurare, Asigurătorul este exonerat de plata Indemnizației de asigurare. În cazul în care Asiguratul decedează ca urmare a unei îmbolnăviri după prima Aniversare a contractului, Indemnizația de asigurare este reprezentată de Suma asigurată aferentă componentei de deces din orice cauză. În cazul contractelor reînnoite în termen de 30 contract, perioada de așteptare nu se mai aplică pentru persoana care a fost asigurată anterior în contract, fie Asigurat Principal, fie Asigurat Secundar.

5.9. **Deces din Accident:** În cazul în care Asiguratul decedează, oricând pe perioada de valabilitate a Contractului, ca urmare a unui Accident, Indemnizația de asigurare este reprezentată de Suma asigurată aferentă componentei de Deces din orice cauză cumulată cu Suma asigurată aferentă componentei de Deces din Accident. Pe perioada precontractuală acoperită limitat este acoperit decesul din accident în limita sumei asigurate pe componenta de deces din accident.

5.10. **Spitalizare din Accident:** În cazul în care, pe perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, Asiguratul suferă o Spitalizare cauzată direct de un Accident, Indemnizația de asigurare este reprezentată de produsul dintre Suma asigurată aferentă componentei de Spitalizare din Accident și numărul de zile de spitalizare petrecute de Asigurat / Co-Asigurat în Spital, cu excepția primelor 3 (trei) zile din fiecare perioadă de Spitalizare, care nu sunt acoperite de Asigurător, fiind deduse din calculul Indemnizației de spitalizare. Numărul maxim de zile de spitalizare acoperite de Asigurător pe parcursul unui An de Asigurare nu poate depăși 60 (șaizeci) de zile.

5.11. **Intervenție chirurgicală din Accident:** În cazul în care, pe perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, Asiguratul suferă o Intervenție chirurgicală cauzată direct de un Accident, Indemnizația de asigurare este reprezentată de procentul prevăzut în Anexă, aplicat la Suma asigurată aferentă. Dacă o Intervenție chirurgicală nu apare listată în Anexă, procentul folosit pentru determinarea Indemnizației de asigurare este cel valabil pentru o Intervenție chirurgicală considerată de medicul specialist acreditat de către Asigurător ca fiind similară cu cea suferită. Două sau mai multe Intervenții chirurgicale cauzate direct de același Accident și efectuate sub aceeași anestezie vor fi considerate ca una singură, iar pentru determinarea Indemnizației de asigurare se va folosi cel mai mare dintre procente aferente acestora. Pentru determinarea Indemnizației în cazul a două sau mai multe Intervenții chirurgicale efectuate în același timp, în aceeași zonă a corpului, se va folosi cel mai mare dintre procente aferente acestora. Indemnizația totală plătită de Asigurător pe parcursul unui An de asigurare nu va depăși un prag maxim de 500% din Suma asigurată aferentă componentei de Intervenție Chirurgicală din Accident pentru fiecare Asigurat/Co-Asigurat. Intervențiile chirurgicale care se efectuează în mai multe etape vor fi considerate ca una singură.

5.12. Dacă Evenimentul Asigurat survine pe perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, Asigurătorul va plăti Beneficiarilor desemnați Indemnizația de asigurare în conformitate cu prevederile Contractului de asigurare, sub rezerva prevederilor art. 4, 5 și 7.

5.13. În cazul în care nu a fost stabilit un Beneficiar sau dacă Beneficiarul desemnat /unul dintre beneficiari a decedat sau a fost revocat înaintea sau la data producerii Evenimentului asigurat reprezentând decesul Asiguratului, plata cotei părți ce ar fi revenit acestuia, se face moștenitorilor Asiguratului, în calitate de Beneficiari conform legislației în vigoare în ceea ce privește succesiunea.

5.14. În cazul Evenimentului asigurat reprezentat de decesul Asiguratului, Asigurătorul va reduce Indemnizația cu orice primă de asigurare datorată cu data de scadență depășită și neplătită până la momentul producerii Evenimentului asigurat.

5.15. În cazul în care decesul Asiguratului este cauzat de un act intenționat al Beneficiarului, pentru care s-a pronunțat o sentință penală împotriva acestuia, rămasă definitivă și irevocabilă, Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației către Beneficiarul respectiv. În acest caz, Beneficiarul respectiv decedează din dreptul de a încasa sumele convenite în temeiul Contractului de asigurare și, pe cale de consecință, plata se va face către ceilalți Beneficiari desemnați sau, conform prevederilor art. 5.13 de mai sus, către moștenitorii Asiguratului, în conformitate cu legislația în vigoare referitoare la succesiune.

5.16. Asigurătorul nu acoperă riscurile producerii decesului din Accident, a spitalizării sau/și intervenției chirurgicale a/ale Asiguratului/Co-Asiguratului:

- a) în cazul în care riscurile menționate au survenit după 1 (un) an de la producerea Accidentului;
- b) în cazul în care riscurile menționate au fost determinate de un Accident produs:
 - anterior orei 00:00 a zilei calendaristice imediat următoare Datei de încheiere a Contractului de asigurare;
 - anterior momentului repunerii în vigoare a Contractului de asigurare, în cazul în care acoperirea contractuală a fost suspendată conform articolului 4.5 (după expirarea termenului de grație) sau Contractul a fost reziliat prin neplată, conform art. 4.6;
- c) în cazul în care Spitalizarea sau / și Intervenția chirurgicală a / ale Asiguratului / Co-Asiguratului a / au survenit ca urmare a agravării, prin Accident, a unei afecțiuni preexistente acestuia;
- d) în cazul în care Spitalizarea sau / și Intervenția chirurgicală a / ale Asiguratului / Co-Asiguratului a / au intervenit în afara granițelor României.

5.17. Orice plată la care Asigurătorul se obligă în baza Contractului de asigurare va fi efectuată în România, către creditorul respectivei plăți (direct sau către împuternicitul acestuia, în temeiul unei procuri scrise autentice) desemnat ca atare conform prevederilor contractuale.

5.18. Sumele se vor vira de către Asigurător către Beneficiar prin mandat poștal sau în contul bancar al acestuia. Plata prin mandat poștal este disponibilă cu respectarea unei limitei maxime stabilite de către Asigurător.

5.19. Toate costurile generate de transferul sumei prin mandat poștal sau prin transfer bancar vor fi suportate de către destinatarul plății.

5.20. Destinatarul plății își asumă îndeplinirea tuturor obligațiilor prevăzute de legislația română în vigoare, inclusiv a obligațiilor de natură financiar-fiscală ce ar putea izvorî din efectuarea plății. În această situație, Asigurătorul își declină orice responsabilitate asupra consecințelor neîndeplinirii întocmai a obligațiilor legale de către persoanele în cauză.

Art. 6 Drepturile și obligațiile părților

6.1. În cazul unui Contract de asigurare cu un singur Asigurat nu există restricții cu privire la desemnarea Beneficiarului/ Beneficiarilor Indemnizației de asigurare de deces, sub rezerva existenței Interesului Asigurabil. Modificarea Beneficiarului / Beneficiarilor din contract se face în baza solicitării scrise a Asiguratului cu acordul Contractantului.

6.2. În cazul unui Contract de asigurare cu Asigurat Secundar:

- beneficiarul Indemnizației de asigurare în cazul decesului Asiguratului Principal este Asiguratul Secundar;
- beneficiarul Indemnizației de asigurare în cazul decesului Asiguratului Secundar este Asiguratul Principal.

Pe durata de valabilitate a unui asemenea Contract de asigurare, Beneficiarii Indemnizației de asigurare de deces nu pot fi schimbați.

6.3. Contractantul are dreptul ca în termen de 20 (douăzeci) de zile de la Data de încheiere a contractului să-l poată denunța.

Prin urmare, în cazul în care Contractantul asigurării dorește să-și exercite acest drept, se va proceda la denunțarea Contractului de asigurare și la returnarea integrală a primei de asigurare plătită la încheierea Contractului, fără a fi purtătoare de dobândă.

6.4. Contractantul asigurării, Asiguratul Principal și Asiguratul Secundar au dreptul de a solicita oricând informații suplimentare legate de Contractul de asigurare prin intermediul Consultantului/Brokerului de asigurare sau direct la sediul central al Asigurătorului, telefonic sau în scris.

6.5. Orice nemulțumire din partea Contractantului / Asiguratului și / sau Beneficiarilor va fi soluționată pe cale amiabilă. În acest scop, nemulțumirea va fi comunicată în scris (inclusiv în formă electronică) sau telefonic, către sediul central al Asigurătorului. Acesta va înregistra reclamația și va proceda la soluționarea nemulțumirii formulate. Reclamantul va primi ulterior, prin intermediul unei înștiințări oficiale, punctul de vedere al Asigurătorului conținând clarificările necesare și eventual modalitatea de soluționare a cererii. Dacă din punctul de vedere al reclamantului, răspunsul Asigurătorului nu răspunde cerințelor sale, la solicitarea acestuia, părțile pot conveni la organizarea unei întâlniri, în cadrul căreia să se soluționeze cererea. În situația în care nu s-a reușit soluționarea cazului pe cale amiabilă, părțile se pot adresa și Autorității de Supraveghere Financiară (ASF). În plus, în conformitate cu prevederile Regulamentului nr. 4/27.04.2016 privind organizarea și funcționarea Entității de Soluționare Alternativă a Litigiilor în domeniul financiar nonbancar (SAL-FIN) și ale Ordonanței Guvernului nr. 38/2015 privind soluționarea alternativă a litigiilor dintre consumatori și comercianți, părțile au dreptul de a apela la soluționarea alternativă a litigiilor. SAL-FIN este 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 de a adresa instanțele competente.

Art. 7 Excepții și excluderi

7.1. Pe parcursul primilor 2 (doi) ani de asigurare, Asigurătorul nu acoperă riscul de deces produs prin sinuciderea Asiguratului.

7.2. Asigurătorul nu acoperă riscurile de deces, spitalizare și/sau intervenție chirurgicală, dacă acestea sunt cauzate direct sau indirect de:

- a) război (declarat sau nu), invazie, acțiuni ale altor state, ostilități sau operațiuni similare unui război (fie că războiul a fost declarat sau nu), război civil, răscoală, mișcare socială de proporțiile unei răzcoale, revoltă militară, insurecție, rebeliune, revoluție, lovitură de stat sau instaurarea unei dictaturi militare, declararea legii marțiale sau a stării de asediu, participarea Asiguratului la organizarea și/sau comiterea de acte de terorism;
- b) fuziune sau fisiune nucleară sau radioactivitate;
- c) o afecțiune preexistentă Datei de încheiere a Contractului, precum și complicații apărute ca urmare a evoluției nefavorabile a acesteia.

7.3. Asigurătorul nu acoperă riscurile de deces din accident, spitalizare și/sau intervenție chirurgicală determinate de:

- a) de suicid, încercări de suicid sau acțiuni de auto-vătămare, automutilare;
- b) direct sau indirect de consumul voluntar de alcool, consumul voluntar de medicamente sau de alte substanțe chimice cum ar fi narcotice, sedative, tranchilizante, fără indicația medicului autorizat;
- c) de participarea sau intenția de a participa la acțiuni ilegale, ilicite, interzise, precum și la orice alte acțiuni cărora le lipsește elementul de imprevizibilitate și de independență față de voința asiguratului;
- d) de participarea la acțiuni hazardate, sporturi sau activități recreative periculoase: planorism, parapantism, parașutism, aviație sportivă, deltaplanorism, speologie, alpinism, scufundări, acrobație, cascadorie, sporturi extreme;
- e) de exercitarea următoarelor ocupații: pilot de încercare, trupe de cercetare / diversiune, forțe de intervenție rapidă și pază specială, trupe de menținere a păcii, lucrători operativi în servicii de informații, lucrători cu explozibil;
- f) de o boală infecțioasă, indiferent de modul de transmitere.

7.4. Asiguratorul nu acoperă riscurile de spitalizare și/sau intervenție chirurgicală determinate de:

- a) chirurgia plastică și reparatorie (cu excepția cazurilor care au o indicație terapeutică expresă pentru deficite funcționale);
- b) anomalii congenitale și/sau afecțiuni consecutive acestora;
- c) afecțiuni stomatologice;
- d) tratamentul afecțiunilor localizate la nivelul țesutului cutanat și subcutanat;
- e) extragerea corpurilor străini, superficiali, de la nivelul pielii, conjunctivei, corneei, intranazali, etc.;
- f) tratamentul unei arsuri de gradul I;
- g) afecțiuni survenite ca urmare a unor proceduri, tehnici, manevre medicochirurgicale incorecte sau ca urmare a unor proceduri / tehnici de tratament efectuate fără indicația medicului autorizat;
- h) tratarea unei afecțiuni preexistente Accidentului;
- i) afecțiuni determinate de acțiunea în timp a unor traumatisme sau eforturi fizice repetate;
- j) orice intervenție chirurgicală survenită ca urmare a unei intervenții chirurgicale / tratament, efectuate anterior accidentului;
- k) avortul provocat;
- l) afecțiuni/tulburări neuro-psihice sau schimbări de comportament și de personalitate, indiferent de cauză.
- m) extragere material osteosinteză extern.

Art. 8 Prevederi finale

8.1. Asiguratorul este obligat să accepte cu efect juridic documentele ce i-au fost trimise, în vederea încheierii Contractului sau ulterior intrării lui în vigoare, numai dacă au fost prezentate în formă scrisă, prin e-mail sau prin intermediul serviciilor poștale.

Respectivele documente au efect juridic numai dacă se face dovada că au fost recepționate de către Asigurator.

8.2. Toate notificările, cererile sau comunicările transmise de Asigurator în legătură cu prezentul Contract de Asigurare vor fi făcute în scris și vor fi comunicate Contractantului sau Asiguratului prin intermediul canalelor de informare.

8.3 În cazul în care Contractantul asigurării și-a schimbat adresa de email/numărul de telefon fără a notifica în scris Asiguratorul în acest sens, toată corespondența trimisă la ultimele date de contact electronice comunicate Asiguratorului va avea efecte juridice depline, Asiguratorul fiind exonerat de orice răspundere.

8.4. Contractantul asigurării are obligația de a informa Asiguratorul în legătură cu orice modificare a datelor personale, ale sale sau ale Asiguratului/Co-Asiguratului, importante din punctul de vedere al asigurării, în termen de 30 (treizeci) de zile calendaristice.

8.5. Contractantul are obligația de a aduce la cunoștință Asiguratului orice modificare a Contractului de asigurare, inclusiv încetarea Contractului de asigurare.

8.6. Specimenul de semnătură: Semnătura Persoanei Asigurate și a Contractantului din Cererea de asigurare este considerată specimen. Modificările specimenelor trebuie aduse la cunoștința Asiguratorului în baza unui formular specific. Semnătura poate fi atât olografă, cât și biometrică, părțile recunoscând și agreând că ambele au aceeași valoare juridică. În măsura în care Asiguratorul pune la dispoziție mijloacele necesare, semnătura poate consta și în semnătura electronică, valabilă conform legislației în domeniu și având aceeași valoare juridică precum semnătura olografă sau biometrică. În situații excepționale care implică restricții sau reticență în deplasare, precum, dar fără a se limita la stare de urgență, stare de alertă, este permisă aplicarea unui semn distinctiv cu valoare de semnătură, sub rezerva probării manifestării acordului de voință al Contractantului și al Persoanei asigurate cu privire la încheierea contractului de asigurare.

8.6. Fondul de garantare a asiguraților: În vederea protejării asiguraților și beneficiarilor asigurării, prin contribuția asiguratorilor (inclusiv a NN Asigurați de Viață S.A.), în temeiul articolului 1 alin. (1) din Legea nr. 213/2015, s-a constituit Fondul de garantare a asiguraților. Resursele financiare ale Fondului vor fi utilizate pentru plata despăgubirilor/indemnizațiilor rezultate din contractele de asigurare facultative și obligatorii, încheiate cu Fondul se constituie ca persoană juridică de drept public. Organizarea și funcționarea Fondului se stabilesc prin statut propriu aprobat de Consiliul ASF, la propunerea Consiliului de Administrație al Fondului.

8.7. Prezentele Condiții Contractuale care reprezintă și document de informare privind produsul de asigurare sunt aplicabile de la data de 15.07.2020 și se vor aplica Contractelor de asigurare încheiate după această dată.

Anexă – Nivelul indemnizației în cazul unei intervenții chirurgicale

Aspirațiile și drenajele transcutane

Numai pentru colecțiile din organele profunde 100%

BMF și ORL

Sutura limbii 100%

Rezecție apicală și repoziție de fractură alveolară 100%

Cerclaj intermaxilar al mandibulei 100%

Repoziție deschisă a fracturilor maxilare și mandibulare 200%

Repoziția deschisă cu/fără fixare internă a fracturilor masivului facial 200%

Reducerea închisă cu fixare internă a fracturilor masivului facial 200%

Rezecție și reconstrucție maxilară și/sau mandibulară 200%

Plastie sept 100%

Rezecție/Repoziție sept nazal 100%

Sutura cartilaje alare/nazale 100%

Închiderea perforației septale nazale 100%

Rezolvarea unei leziuni a urechii externe 100%

Timpanotomia 100%

Mastoidectomia 200%

Timpanoplastia cu scotch 100%

Sutură timpan 100%

Miringoplastie 200%

Reconstrucție de canal auditiv 300%

Rezecție ureche internă, medie 400%

Incizie pentru extragerea unui corp străin 100%

Aparatul vizual

Extracția unui corp străin din canalul/sacul lacrimal 100%

Excizia leziunii conjunctivale 100%

Sutură corneei, conjunctivă, iris 100%

Reconstrucția și plastia conjunctivală 200%

Rezolvarea unei leziuni palpebrale 100%

Îndepărtarea corpurilor străini intraoculari 200%

Blefaroplastie 300%

Plastie iriană 200%

Keratoplastia 200%

Extracția cristalinului 200%

Reconstrucția completă a orbitei cu/fără grefon 400%

Aparatul respirator

Laringectomie 400%

Traheostomie 100%

Rezecție trahee 400%

Explorare și drenaj de trahee 200%

Pleurotomia 100%

Drenaj toracal cu rezecție costală 200%

Reconstrucția unei leziuni bronhice posttraumatice 300%

Excizia unei leziuni a parenchimului pulmonar 400%

Rezecția unui lob pulmonar 300%

Pleurectomie 400%

Pneumectomie 500%

Sutura diafragmului 200%

Aparatul digestiv

Intervenții endoscopice în scop terapeutic 100%

Laparoscopie terapeutică 200%

Sutura esofagului prin abord toracal/cervical 300%

Sutura esofagului prin abord abdominal 200%

Plastia herniei externe (inghinală, ombilicală, a liniei albe) 100%

Reconstrucția peretelui abdominal 100%

Splenectomie 200%

Sutura ficatului, splinei, pancreasului 200%

Rezecția hepatică 400%

Pancreatectomie 400%

Sutura intestinului subțire, gros 300%

Rezecția totală de intestin subțire sau colon 300%

Rezecția parțială de intestin subțire sau colon 200%

Anus contra naturii 300%

Rezecție peritoneu 200%

Aparatul urinar

Sutură uretrală, sutură renală 200%

Sutura vezicii urinare 200%

Enuclearea țesutului renal lezionat 300%

Nefrectomia totală 400%

Nefrectomia parțială 300%

Rezecție de perete al vezicii urinare 300%

Operație de col vezical 200%

Substituirea ureterului 500%

Reconstrucția totală posttraumatică a vezicii urinare 400%

Aparatul genital feminin

Rezolvarea rupturii uterine 100%

Aparatul genital masculin

Sutura corpilor cavernoși 100%

Incizie scrot 100%

Meatotomie 100%

Operații periprostatice 200%

Operație de hidrocel 200%

Aparatul locomotor

Plastie piele liberă decolată 100%

Grefă musculo-cutanată pediculată 200%

Tratamentul chirurgical complet al unei arsuri (chiar și prin intervenții repetate):

gr II 100%

gr III < 20% 100%

20-30% 200%

>30% 300%

gr IV < 10% 100%

10-20% 200%

>20% 300%

Excizia și tratamentul unei escare – vezi arsuri gradul IV

Intervenții chirurgicale ale degetelor și mâinii:

Amputație cu interesare osoasă 100%

Fixare fractură cu osteosinteză 100%

Fixare fractură intra-articulară 100%

Îndepărtare fragment osos intra-articular, extra-articular 100%

Artrodeză interfalangiană 100%

Artrodeză mână 200%

Plastie cap tars, metatars 100%

Capsulorafii, tenorafii, tenoplastii, ligamentoplastii, miorafii 100%

Alte intervenții la nivelul aparatului locomotor:

Extensii cu tija transosoasă 100%

Artrotomie 100%

Artroliză 200%

Artrodeză:

- cot, gleznă, picior 200%

- umăr, genunchi, șold 300%

- coloană vertebrală 400%

Fixare fractură cu osteosinteză braț, antebraț, gambă 200%

Fixare fractură cu deschidere articulară 200%

Fixare fractură cu deschiderea articulației coxofemorale 300%

Îndepărtare de fragment osos:

- extra-articular 100%

- intra-articular 200%

Extragerea materialului de osteosinteză 100%

Endoproteză totală de umăr 300%

Endoproteză totală de șold 400%

Amputația la nivelul unor segmente de membru 200%

Rezecție cap radial, ulnar 100%

Alungire membru: antebraț, braț, gambă, coapsă 200%

Bursectomie 100%

Meniscectomie 200%

Artroscopie 200%

Tenoliză 100%
Tenoplastie 200%
Alungire/scurtare de tendon 100%
Sutură ligamentară 100%
Plastie ligamentară 200%
Plastie ligamentară genunchi 300%
Sutura tendonului Achile 100%
Sutura musculară 100%
Plastie musculară 200%

Grefă osoasă:

- la încheietura mâinii, metacarp sau falangă 100%
- la radius sau/și ulnă 200%
- la pelvis sau sold 300%

Aparatul cardiovascular

Sutură posttraumatică a vaselor mâinii, labei piciorului 100%
Anastomoză termino-terminală pentru refacerea continuității vaselor extremităților (braț, antebraț, coapsă, gambă) 200%
Sutură vaselor regiunea cap – gât 400%
Sutură și reconstrucție cu implant al arterelor intra-toracale, intra-abdominale 400%
Sutură și reconstrucție cu implant al venelor intra-abdominale 400%
Evacuarea unui colecții pericardice 200%
Pericardotomia 200%

Sistemul nervos

Sutură de nerv epineural 100%
Sutură de nerv perineural 200%
Neurorafii mână 100%
Sutură microchirurgicală a ramurilor plexului brahial 300%
Grefa de nervi 200%
Gaură de trepan 200%
Evacuarea unui hematom/abces epidural 300%
Evacuarea unui hematom/abces subdural 400%
Rezolvarea unei fracturi craniene 200%
Radicotomia spinală – intercale clasică 400%
Decompresiune radiculară 300%
Nucleoplastia percutană 200%
Vertebroplastia percutana 200%
Intervenții chirurgicale clasice pe coloana vertebrală (hemilaminectomie, laminectomie, foraminotomie etc.)
- lombară sau lombo-sacrată 300%
- cervicală, toracală 400%
Fixare coloana vertebrală cu tijă, grefon 400%
Rezecție corp vertebral 400%
Rezecție corp vertebral cu reconstrucție 500%
Șunt ventriculo-peritoneal 400%
Șunt ventriculo-caval 400%

Gerke Anno Witteween
Director Executiv Financiar



NN Asigurări de Viață S.A.
C.U.I. 9100488

Gabriela Lupaș Țicu
Director Arie Marketing și Operațiuni



