Condițiile generale ale contractului de Asigurare de Sănătate NN

Exemplarul clientului

Nume	**Semnătura**	**Am primit condițiile contractuale Data primirii**
Contractant		
Persoana asigurată		
Persoana asigurată		
Persoana asigurată		
Persoana asigurată		
Persoana asigurată		

Capitole

Părțile contractului	pag. 1
Componentele asigurării	pag. 1
Indemnizația de asigurare	pag. 2
Perioada de așteptare	pag. 3
Excluderi	pag. 4
Începerea și valabilitatea contractului	pag. 5
Reînnoirea contractului	Pag. 6
Plata primelor	pag. 6
Modificări contractuale	pag. 6
Încetarea contractului	pag. 7
Încetarea calității de asigurat	pag. 7
Prevederi generale	pag. 7
Costurile acoperite	pag. 10
Definiții	pag. 12

Părțile contractului

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

Contractantul: persoană fizică sau juridică, care are interes asigurabil cu privire la starea de sănătate a Asiguraților, care încheie Contractul de asigurare și plătește primele de asigurare.

Asiguratul: persoană fizică rezidentă în România și care locuiește în România, cu vârsta cuprinsă între 3 luni și 60 de ani la data semnării Cererii de asigurare, a cărei stare de sănătate constituie obiectul asigurării.

O persoană poate avea calitatea de Asigurat într-un singur Contract de Asigurare de Sănătate NN.

Într-un Contract de asigurare pot fi până la 10 (zece) Asigurați, în același timp.

Fiecare Asigurat trebuie să aleagă o variantă de Protecție principală și poate alege un nivel al Beneficiului opțional Prevenție.

Toți copiii cu vârsta sub 18 ani care au calitatea de Asigurat în același Contract de Asigurare de Sănătate NN trebuie să opteze pentru aceeași variantă de Protecție principală.

Asigurătorul: NN Asigurări de Viață S.A., Str. Costache Negri nr. 1-5, sector 5, București, 050552, telefon 021 9464, înregistrată la Registrul Comerțului sub nr. J40/475/1997; CUI 9100488; înregistrată ca operator de date cu caracter personal cu numărul 160, societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, cod: RA-012/10.04.2003, cod LEI: 549300GK7Z9RSNNVFB27.

Asigurătorul împuternicește Med Net Grecia S.A. Atena Sucursala București în vederea facilitării accesului Asiguraților la serviciile medicale acoperite contractual, oferirii de suport administrativ și soluționării evenimentelor asigurate.

Contractul de Asigurare de Sănătate NN este constituit din următoarele documente:

- **Cererea de asigurare;**
- **Prezentele Condiții Contractuale;**
- **Condițiile Contractuale specifice Beneficiului opțional Prevenție** (dacă Asiguratul a optat pentru acest beneficiu);
- **Polița de Asigurare**;
- **Documentele-anexă ale Cererii de asigurare** care pot fi, după caz: formulare de examinare medicală, scrisoarea de prezentare a contractului de asigurare, planul financiar personal, chestionare suplimentare specifice, copia documentelor de identitate, confirmări semnate de Contractant și Asigurat prin care își exprimă acordul expres cu privire la modificări aduse condițiilor standard financiare și tehnice pentru garantarea asigurării.

Componentele asigurării

Asigurarea de Sănătate NN are următoarele componente:

- Protecția principală (descrisă în prezentele Condiții Contractuale);
- Beneficiul opțional Prevenție (descris în Condițiile Contractuale specifice Beneficiului opțional Prevenție).

Beneficiile incluse în Protecția principală:

1. Fiecare Asigurat, personal sau prin reprezentant legal, trebuie să opteze pentru una din următoarele variante:

- **Protecția principală din accident**: acoperă costurile spitalizării cu sau fără intervenție chirurgicală, necesară în scop curativ pentru consecințele unui Accident, până la suma maximă de 100.000 lei/ Asigurat/An contractual de asigurare.
- **Protecție principală din accident și îmbolnăvire**: acoperă costurile spitalizării cu sau fără intervenție chirurgicală, necesară în scop curativ pentru consecințele unui Accident sau ale unei Îmbolnăviri, până la suma maximă de 100.000 lei/Asigurat/An contractual de asigurare.

2. Linie telefonică de asistență medicală 24/7: linia telefonică dedicată, disponibilă oricând, care conectează Contractantul și Asiguratul cu persoane cu pregătire medicală, pentru situațiile în care Asiguratul are nevoie de consiliere medicală urgentă pentru starea de sănătate și/sau îndrumare către servicii medicale. Acest serviciu este disponibil la numărul de telefon 021 9464, fiind oferit prin intermediul MedNet.

Indemnizația de asigurare

Asigurătorul acoperă Evenimentul asigurat pe durata de valabilitate a Contractului, dacă sunt achitate în totalitate primele scadente, inclusiv pentru perioada de timp în care a avut loc spitalizarea Asiguratului.

Limita maximă de despăgubire este de 100.000 lei/Asigurat/An contractual de asigurare.

Evenimentele asigurate cauzate de Accident sunt acoperite doar dacă sunt întrunite simultan, următoarele condiții:
1. Accidentul este documentat medico-legal imediat după producerea lui;
2. Accidentul se întâmplă pe durata de valabilitate a Contractului de asigurare;
3. Contractul este valabil la data Evenimentului asigurat și sunt achitate în totalitate primele scadente, inclusiv pentru perioada de timp în care a avut loc spitalizarea Asiguratului.
4. Evenimentul asigurat este anunțat în maximum 12 luni de la data producerii Accidentului;
5. La Data Evenimentului asigurat este în vigoare aceeași Protecție principală a Asiguratului valabilă și la data Accidentului.
6. Evenimentul asigurat nu s-a produs în perioada de așteptare specifică.
7. Evenimentul asigurat nu se încadrează în excluderile detaliate în Capitolul „Excluderi-costuri neacoperite de Asigurarea de Sănătate NN și pentru care indemnizația de asigurare nu este plătită".

În situația în care Contractantul și/sau Asiguratul vor furniza declarații false sau informații incomplete, Asigurătorul nu va plăti nicio Indemnizație de asigurare și nicio altă pretenție, indiferent de natura acesteia, cum ar fi restituirea primelor de asigurare deja plătite până la data rezilierii contractului.

În cazul în care documentele depuse de Contractant și/sau Asigurat cu privire la Evenimentul asigurat produs prezintă semne de alterare (spre exemplu, dar fără a se limita la: ștersături, modificări, completări), Asigurătorul își rezervă dreptul de a suspenda plata indemnizației de asigurare și de a face propriile investigații cu privire la condițiile producerii Evenimentului asigurat. În funcție de rezultatul acestor investigații, Asigurătorul poate solicita Contractantului și/sau Asiguratului informații/documente suplimentare cu privire la producerea Evenimentului asigurat sau poate refuza plata indemnizației de asigurare.

Documentele emise într-o limbă străină trebuie trimise de Asigurat la MedNet însoțite de traducerea autorizată în limba română sau în limba engleză, costul traducerii fiind suportat de către Asigurat/Contractant.

Dreptul de a solicita plata Indemnizației de asigurare de la Asigurător se prescrie în termen de 2 (doi) ani de la data producerii Evenimentului asigurat.

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

A. Spitalizarea în spitalele din rețeaua medicală NN

Lista spitalelor și clinicilor din Rețeaua medicală NN este disponibilă pe site-ul oficial NN Asigurări de Viață S.A. – www.nn.ro.

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

2. NN Asigurări de Viață, prin împuternicitul MedNet, va solicita Asiguratului următoarele informații:
- copia actului de identitate a Asiguratului sau a certificatului de naștere pentru minorii care nu dețin act de identitate (doar dacă actul de identitate a fost schimbat între timp);
- copia recomandării spitalizării/intervenției chirurgicale și datele de contact ale medicului care recomandă tratamentul;
- copia rezultatelor consulturilor și investigațiilor efectuate pentru stabilirea diagnosticului (de exemplu: investigații radiologice, analize, certificate medicale);
- istoricul medical al Asiguratului (copie fișă medicală personală);
- în caz de Accident, copia documentelor medicale care atestă producerea accidentului.

3. Asiguratul trimite documentele solicitate la MedNet prin email sau prin poștă.

4. În maximum 48 de ore, după primirea tuturor informațiilor solicitate, MedNet va trimite Asiguratului autorizarea sau refuzul autorizării prealabile a Evenimentului asigurat.

5. După internarea Asiguratului în Spital, în maximum 24 de ore, Asiguratul sau Spitalul va informa MedNet, prin e-mail sau prin telefon (021 9464) despre spitalizare, iar Spitalul va estima și va trimite costurile și durata tratamentului către MedNet.

6. MedNet va trimite Asiguratului și Spitalului autorizarea inițială sau refuzul autorizării inițiale, în maximum 60 (șaizeci) de minute de la momentul primirii informațiilor despre spitalizarea Asiguratului.

În cazul în care, înaintea spitalizării, Asiguratul nu a cerut autorizarea prealabilă a serviciilor medicale, MedNet va trimite Asiguratului și Spitalului aprobarea sau respingerea autorizării inițiale a serviciilor medicale în maximum 48 de

ore de la momentul primirii informațiilor pentru evaluarea Evenimentului asigurat.

Dacă Evenimentul asigurat are loc în Perioada de grație, pentru ca Asiguratul să fie acoperit, Contractantul asigurării trebuie să plătească în totalitate primele de asigurare restante, inclusiv pentru perioada de timp în care a avut loc spitalizarea. După plata primelor, MedNet poate trimite către Spital, autorizarea inițială pentru Evenimentul asigurat. În cazul în care Contractantul este în imposibilitatea de a plăti primele de asigurare restante în timpul spitalizării Asiguratului, MedNet nu va trimite autorizarea inițială Spitalului, dar va evalua Evenimentul asigurat din punct de vedere medical. În același timp, MedNet va solicita Spitalului ca pacientul Asigurat să beneficieze de reducerile de preț si celelalte beneficii aplicabile Asiguraților. Costurile spitalizării vor fi suportate de către Asigurat.
Asiguratul poate solicita evaluarea Evenimentului asigurat și rambursarea cheltuielilor după ce achită primele de asigurare restante și dacă contractul de asigurare este în vigoare.

În cazul în care pe perioada spitalizării sunt necesare proceduri medicale care nu au fost incluse în autorizația inițială se reiau pașii 5 și 6, de mai sus.

7. Spitalul va trimite către MedNet devizul de plată pentru serviciile medicale prestate în timpul spitalizării.

8. Asigurătorul va acoperi costurile serviciilor medicale autorizate de MedNet și utilizate de către Asigurat în timpul spitalizării, dacă se regăsesc în devizul de plată emis de către Spital.

Indemnizația de asigurare va fi plătită de către MedNet, în numele Asigurătorului, direct către Spital, după cum este detaliat în capitolul „Costurile serviciilor medicale acoperite de Protecția principală”.
Costurile serviciilor medicale neacoperite de asigurare sau neautorizate de MedNet vor fi suportate de către Asigurat care le va plăti direct Spitalului.

B. Spitalizarea în spitalele publice și spitalele private care nu sunt incluse în Rețeaua medicală NN

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

2. NN Asigurări de Viață, prin împuternicitul MedNet, va solicita Asiguratului următoarele informații:
- copia actului de identitate a Asiguratului sau a certificatului de naștere pentru minorii care nu dețin act de identitate (doar dacă actul de identitate a fost schimbat între timp);
- copia recomandării spitalizării/intervenției chirurgicale și datele de contact ale medicului care recomandă tratamentul;
- copia rezultatelor consulturilor și investigațiilor efectuate pentru stabilirea diagnosticului (de exemplu: investigații radiologice, analize, certificate medicale);
- istoricul medical al Asiguratului (copie fișă medicală personală);
- în caz de Accident, copia documentelor medicale care atestă producerea accidentului.

3. Asiguratul trimite documentele solicitate la MedNet prin email sau prin poștă.

4. În maximum 48 de ore, după primirea informațiilor solicitate, MedNet va trimite Asiguratului autorizarea sau refuzul autorizării prealabile a Evenimentului asigurat.

5. Asiguratul va plăti Spitalului toate costurile aferente serviciilor medicale primite (spitalizării și/sau intervențiilor chirurgicale).

6. Pentru obținerea Indemnizației de asigurare, trebuie ca toate primele scadente, inclusiv pentru perioada de timp în care a avut loc spitalizarea Asiguratului, să fie achitate.

Asiguratul sau Contractantul va trimite la MedNet, prin email sau prin poștă, în maximum 10 zile lucrătoare de la data externării, următoarele documente:
- copia Foii de observație clinică din spital a Asiguratului;
- copia protocolului operator;
- factura fiscală detaliată a costurilor serviciilor medicale prestate în perioada de spitalizare și dovada plății acesteia;
- documentele menționate la pasul 2, dacă Asiguratul nu a solicitat autorizarea prealabilă;
- detaliile bancare ale Asiguratului.

7. Evaluarea Evenimentului asigurat se va finaliza în termen de maximum 10 (zece) zile lucrătoare de la data la care toate documentele solicitate au fost primite de către MedNet. MedNet va informa Asiguratul cu privire la rezultatul evaluării Evenimentului asigurat.

8. Indemnizația de asigurare va fi plătită Asiguratului într-un termen de maximum 10 (zece) zile lucrătoare de la data soluționării pozitive a Evenimentului asigurat, după cum este detaliat în capitolul „Costurile serviciilor medicale acoperite de Protecția principală”.
Costurile serviciilor medicale neacoperite de asigurare nu vor fi rambursate Asiguratului.
Dacă Asiguratul decedează înainte ca Indemnizația de asigurare să fie plătită, Indemnizația de asigurare se va plăti moștenitorilor Asiguratului.

C. Indemnizația pentru naștere și Indemnizația pentru copilul nou-născut

Pentru această indemnizație, Asiguratul sau Contractantul trebuie să trimită la MedNet următoarele documente:
- copia certificatului de naștere al copilului nou-născut;
- detaliile bancare ale Asiguratului;
- copia biletului de externare a mamei Asigurate;
- copia biletului de externare al copilului nou născut.

Pentru Protecția principală din accident și îmbolnăvire, după 12 luni de asigurare continuă, se plătește Asiguratului (mama) indemnizația pentru naștere. Indiferent de numărul nou născuților și indiferent de procedura de naștere (cezariană, naștere naturală), este acordată o singură indemnizație pentru naștere.

Pentru Protecția principală din accident și îmbolnăvire, după 12 luni de asigurare continuă, se plătește Asiguratului indemnizația pentru copilul nou născut. Pentru fiecare copil nou născut se acordă indemnizația o singură dată.

Perioada de așteptare

Perioada de așteptare este perioada de timp în care Asigurătorul nu plătește nicio Indemnizație de asigurare (perioadă generală de așteptare) și/sau în care Asigurătorul

nu plătește Indemnizația de asigurare pentru o serie de situații specifice (perioadă specifică de așteptare). Perioada de așteptare începe de la Data intrării în vigoare a contractului/de la data adăugării unui nou Asigurat/de la data schimbării protecției principale.

Perioada de așteptare pentru Evenimentele asigurate din accident

Evenimentele asigurate din accident sunt acoperite imediat dacă Polița de asigurare a fost emisă, luând în considerare condițiile individuale (extra-primă/excludere) specificate în Poliță sau alte Documente-anexă și în limitele perioadei specifice de așteptare așa cum este descrisă mai jos.

Perioada specifică de așteptare de 12 luni se aplică pentru spitalizările cu sau fără intervenție chirurgicală pentru tratamentul:

- articulației genunchiului;
- hernei vertebrale;
- deviației de sept nazal;
- cataractei;
- herniei abdominale.

Pentru situațiile enumerate mai sus, Evenimentele asigurate din accident sunt acoperite după 12 luni de asigurare continuă, dacă contractul de asigurare este în perioada de valabilitate, luând în considerare condițiile individuale (extra-primă/excludere) specificate în Poliță sau alte Documente-anexă.

În situația schimbării protecției principale, pe durata de valabilitate a contractului de asigurare, perioada specifică de așteptare de 12 luni pentru evenimentele asigurate din accident începe de la Data intrării în vigoare a contractului.

Perioada de așteptare pentru Evenimentele asigurate din îmbolnăvire

Perioada generală de așteptare. Evenimentele asigurate din îmbolnăvire sunt acoperite după 30 (treizeci) de zile de așteptare, dacă Polița de asigurare a fost emisă, luând în considerare condițiile individuale (extra-primă/excludere) specificate în Poliță sau alte Documente-anexă și în limitele perioadei specifice de așteptare de 12 luni, așa cum este descrisă mai jos.

Perioada specifică de așteptare de 12 luni se aplică pentru indemnizația pentru naștere, indemnizația pentru copilul nou născut și pentru spitalizările cu sau fără intervenție chirurgicală pentru tratamentul:

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

Pentru situațiile enumerate mai sus, Evenimentele asigurate din îmbolnăvire sunt acoperite după 12 luni de asigurare continuă, dacă contractul de asigurare este în perioada de valabilitate, luând în considerare condițiile individuale (extra-primă/excludere) specificate în Poliță sau alte Documente-anexă.

Costurile pentru spitalizările cu sau fără intervenție chirurgicală cauzate de defectul septal atrial sau ventricular, hidronefroza congenitală sunt acoperite de asigurare după împlinirea vârstei de 5 ani a asiguratului și după perioada de așteptare specifică de 12 luni.

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

Excluderi - costuri neacoperite de Asigurarea de Sănătate NN și pentru care indemnizația de asigurare nu este plătită

Asigurătorul nu va plăti indemnizația de asigurare pentru:

- tratamente sau alte servicii medicale care nu sunt o necesitate medicală pentru Asigurat sau nu sunt autorizate de către MedNet;
- spitalizări pentru tratamente stomatologice, inclusiv chirurgicale, ortodontice sau orice tratamente adresate alveolelor dentare;
- tratamente adresate situațiilor excluse contractual, orice tratament ce depășește limitele descrise contractual sau orice limită sau excludere menționată în Polița de asigurare și agreată între Contractant și Asigurător;
- tratamente efectuate în afara spitalizării;
- tratamente efectuate în regim de spitalizare de zi (excepție fac tratamentele efectuate în spitalizarea de zi pentru administrarea chimioterapiei – medicația citostatică nu este inclusă – sau tratamentele efectuate în spitalizarea de zi sau în ambulatoriul de specialitate pentru intervenții chirurgicale);
- tratamente care nu sunt efectuate de personal medical calificat sau tratamente prestate de un cadru medical care este membru de familie al asiguratului, incluzând soțul/soția, fratele/sora, părinții sau copiii;
- tratamente experimentale sau care nu sunt în acord cu standardele medicale acceptate sau participarea Asiguratului în studii clinice;

- tratamente din categoria terapiilor alternative ca de exemplu, dar nelimitându-ne la: acupunctură, tratamente chiropractice, osteopatie, reflexologie, podiatrie;
- tratamente de detoxifiere, cure de odihnă, tratamente în sanatorii, tratamente preventive, spitalizarea și tratamentul pentru recuperare medicală și orice alte terapii/metode alternative de recuperare, convalescență, tratamente paleative, geriatrice, spa, sanatorii sau centre de îngrijire;
- circumcizia fără indicație medicală;
- medicația chimioterapică (citostatică) și tratamentul radioterapic;
- tratamentul infertilității, fecundarea artificială, fertilizarea in vitro, transferul embrionului, tratamentul avortului, tratamentul impotenței sau frigidității, sterilizarea sau reversarea unor astfel de proceduri;
- tratamentul evoluției nefavorabile a sarcinii, cu excepția următoarelor complicații cu risc crescut care pun viața mamei în pericol: sarcina ectopică, sindromul HELLP, eclampsia, oprirea sarcinii în evoluție (doar dacă sarcina este mai mare de 20 de săptămâni). Costurile spitalizării și intervenției chirurgicale pentru sarcina ectopică, sindromul HELLP, eclampsia, oprirea sarcinii în evoluție sunt acoperite doar dacă sarcina a debutat după intrarea în vigoare a asigurării principale din îmbolnăvire. Data de debut a sarcinii este data concepției stabilită de medicul specialist obstetrician curant;
- tratamentul obezității, reducerea greutății, bulimia, anorexia;
- proceduri care îmbunătățesc aspectul fizic (tatuaje, eliminarea tatuajelor, piercing-ul, tratamente de reîntinerire);
- chirurgia plastică și reconstructivă, cu excepția necesităților medicale pentru urmările tratamentelor neoplasmelor, arsurilor sau accidentelor ce au făcut obiectul unor Evenimente asigurate acoperite de Polița de asigurare;
- extragerea materialelor prostetice, implantate chirurgical înainte de Data începerii asigurării sau a dobândirii calității de Asigurat;
- tratamentele defectelor de vedere care pot fi corectate cu ochelari sau cu lentile de contact (anizotropia, miopia, hipermetropia, prezbiopia, strabismul, astigmatismul);
- evenimente asigurate întâmplate:
  - înainte de începerea sau după terminarea contractului de asigurare;
  - în timpul perioadelor de așteptare.

Asigurătorul nu va plăti indemnizația de asigurare dacă spitalizarea cu sau fără intervenția chirurgicală sunt cauzate direct sau indirect de:

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

Începerea asigurării și valabilitatea Contractului de asigurare

Pentru încheierea Contractului de asigurare, Contractantul și Asiguratul completează și semnează Cererea de asigurare cu toate documentele atașate, iar Contractantul plătește prima de asigurare.

Pentru confirmarea Contractului de asigurare, Asigurătorul evaluează riscul asigurabil pentru fiecare Asigurat în parte din punct de vedere medical, ocupațional, hobby, sport și financiar, pe baza informațiilor din Cererea de asigurare și documentele anexă.

Ca urmare a acestei evaluări, Asigurătorul poate solicita Asiguratului să efectueze o examinare medicală la o clinică

medicală autorizată de Asigurător, caz în care, costurile examinărilor medicale sunt suportate de Asigurător.

În cazul unui risc prea mare, Asigurătorul poate acorda asigurarea în condiții individuale diferite de cele menționate în prezentarea contractului de asigurare sau poate refuza preluarea în asigurare, situație în care prima de asigurare plătită va fi returnată Contractantului, fără a fi purtătoare de dobândă.

Contractantul asigurării are obligația de a informa neîntârziat Asigurătorul despre orice schimbare intervenită în ocupația, sporturile și hobby-urile practicate de Asigurat. Asigurătorul are dreptul de a modifica unilateral, în consecință, condițiile de acoperire contractuală a riscului producerii Evenimentului asigurat sau de elimina din Contract Asigurații al căror risc ocupațional, sport/hobby este prea mare.
Contractul de asigurare de sănătate intră în vigoare la data semnării cererii de asigurare (Data intrării în vigoare a contractului de asigurare) așa cum este menționat în Polița de asigurare, dacă Asigurătorul a emis Polița de asigurare.

Contractul de asigurare de sănătate are o durată de 1 (un) an de la Data intrării în vigoare a asigurării.
Contractantul poate renunța la Contractul de asigurare în termen de 20 de zile lucrătoare de la prima emitere a Poliței de asigurare care confirmă intrarea în vigoare a Contractului de asigurare. Primele plătite se vor returna integral Contractantului, fără a fi purtătoare de dobândă.

Contractul de asigurare de sănătate este considerat valabil pe perioada în care primele de asigurare sunt plătite la zi sau contractul se află în perioada de grație de 60 de zile, situație în care Evenimentului asigurat este acoperit numai după ce sunt achitate în totalitate primele scadente, inclusiv pentru perioada de timp în care a avut loc spitalizarea Asiguratului.

Reînnoirea Contractului de asigurare

Contractul se reînnoiește după fiecare An contractual de asigurare. Reînnoirea Contractului de asigurare se face pentru toți Asigurații din contract în același timp și nu presupune reevaluarea riscului asigurabil.
Bonusul de reînnoire. Bonusul de reînnoire reprezintă o sumă asigurată suplimentară în valoare de 20.000 de lei. La reînnoirea contractului de asigurare, dacă pe tot parcursul anului contractual precedent Asiguratul nu a avut niciun eveniment asigurat despăgubit și a fost acoperit prin Protecția principală din accident și îmbolnăvire, suma asigurată de 100.000 lei va fi suplimentată cu 20.000 lei. În fiecare an în care sunt îndeplinite criteriile cumulative de mai sus, suma asigurată va crește cu 20.000 lei, timp de 5 ani. Noua valoare a sumei asigurate se va reflecta în polița de asigurare.

Înainte cu 45 de zile de data reînnoirii Contractului, Contractantul primește informații despre suma asigurată şi prima de asigurare valabilă pentru noul an de asigurare, precum și despre actualizările din Condițiile Contractuale valabile de la data reînnoirii.

În cazul în care Contractantul este de acord cu noile condiții de asigurare, acesta poate să-și exercite opțiunea de reînnoire a Contractului de Asigurare de Sănătate NN pentru o nouă perioadă de 1 (un) an, prin plata primei de asigurare.

În cazul în care Asigurătorul nu mai oferă Beneficiul opțional Prevenție (de exemplu, dar fără a se limita la motive economice), contractul se reînnoiește fără această componentă.
În cazul în care Asigurătorul nu mai oferă Protecția Principală, contractul nu se mai reînnoiește.

Plata primelor de asigurare

Primele de asigurare reprezintă prețul asigurării. Contractantul poate alege frecvența de plată: lunară, trimestrială, semestrială sau anuală.

Contractantul este responsabil de efectuarea plății Primelor de asigurare, în avans, până la Datele scadente, în conformitate cu Polița de asigurare și informările de plată primite de la Asigurător.

Primele de asigurare sunt calculate și garantate până la încheierea anului contractual de asigurare, luând în calcul riscul asigurat conform vârstei Asiguratului, în ani împliniți la data semnării cererii de asigurare și rezultatul evaluării riscului pentru fiecare Asigurat.

La data reînnoirii Contractului de asigurare, Asigurătorul poate modifica primele de asigurare. Pentru calculul noilor prime de asigurare sunt luați în calcul factori de risc precum: vârsta în ani împliniți a Asiguratului la data reînnoirii, eventuale modificări ale condițiilor contractuale, evoluția costurilor serviciilor medicale, numărul evenimentelor asigurate raportat la portofoliu etc. Noile rate de primă se vor aplica de la data reînnoirii Contractului de asigurare, pentru toți Asigurații din Contract.

Contractantul asigurării beneficiază de o perioadă de grație de 60 (șaizeci) de zile calendaristice de la data ultimei scadențe neachitate, timp în care Contractul rămâne în vigoare, dar Evenimentul asigurat este acoperit doar dacă sunt achitate în totalitate primele scadente, inclusiv pentru perioada de timp în care a avut loc spitalizarea Asiguratului. Dacă primele de asigurare datorate nu sunt achitate până la expirarea perioadei de grație, Contractul va fi reziliat unilateral de către Asigurător.

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

Modificări contractuale permise

Pe parcursul desfășurării Contractului, Contractantul poate efectua modificări contractuale, dacă la momentul solicitării nu se înregistrează întârzieri în plata primelor de asigurare.

Contractantul și Asiguratul, prin completarea și semnarea unei Cereri de asigurare și a formularului de modificări contractuale, pot solicita:

- adăugarea de noi Asigurați, în limita celor 10 (zece) permiși în contract. Modificarea se face de la data următoarei scadențe de plată și este confirmată prin emiterea unei noi Polițe de asigurare de către Asigurător;
- schimbarea Protecției principale din accident în Protecție principală din accident și îmbolnăvire pentru Asigurații existenți în contract. Modificarea se face după evaluarea riscului care include și evaluarea stării de sănătate, de la data următoarei scadențe de plată și este confirmată prin emiterea unei noi Polițe de asigurare de către Asigurător. Aceste modificări sunt făcute numai după evaluarea riscului asigurabil și numai dacă riscul asigurat este acceptat de

Asigurător, iar acoperirea va intra în vigoare începând cu noua scadență de plată, după achitarea de către Contractant a noii prime de asigurare.

Schimbarea Protecției principale din accident și îmbolnăvire în Protecție principală din accident sau adăugarea Beneficiului opțional Prevenție pot fi făcută de Contractant și Asigurat, prin completarea formularului de modificări contractuale, fără evaluarea riscului asigurabil. Modificările vor intra în vigoare începând cu noua scadență de plată după achitarea noii prime de asigurare.

Contractantul poate solicita, prin completarea formularului de modificări contractuale, următoarele modificări, care vor intra în vigoare cu data efectuării tranzacției:

- excluderea unor Asigurați din Contractul de asigurare;
- rezilierea Beneficiului opțional Prevenție;
- schimbarea Contractantului, cu condiția ca noul Contractant să respecte toate criteriile de eligibilitate cerute de Asigurător, inclusiv Interesul asigurabil asupra Asiguraților din contractul de asigurare, cu efect imediat după modificarea Contractului.

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

Contractantul poate solicita schimbarea frecvenței de plată a primelor de asigurare, de la data reînnoirii Contractului de asigurare, dacă nu sunt înregistrate întârzieri de plată a primelor de asigurare.

Încetarea Contractului de Asigurare

Contractul de asigurare își încetează efectele în următoarele situații:

- la data denunțării unilaterale a Contractului de către Contractant, cu un preaviz de 20 de zile. În acest caz, Contractul de asigurare va înceta de drept, fără a mai fi necesară îndeplinirea vreunei alte formalități, somații, proceduri etc. și fără intervenția vreunei instanțe judecătorești, la data menționată în notificarea de încetare sau dacă o astfel de dată nu e specificată în mod expres, în ziua calendaristică următoare recepționării de către Asigurător a notificării de încetare.
- la data rezilierii unilaterale de către Asigurător a Contractului de asigurare ca urmare a:
  - neplății primelor de asigurare de către Contractant;
  - furnizării de declarații false de către Contractant sau Asigurat;
  - refuzului de a furniza informații privind datele de identificare personală ale Contractantului sau Asiguratului sau dacă acestea se regăsesc în Listele oficiale ale persoanelor fizice și persoanelor juridice suspecte de săvârșirea sau de finanțarea actelor de terorism. Datele de identificare personale sunt cele prevăzute de Ordinul ASF nr.24/2008 pentru punerea în aplicare a Normelor privind prevenirea și combaterea spălării banilor și a finanțării actelor de terorism prin intermediul pieței asigurătorilor, așa cum a fost modificat și completat;
  - decesului Contractantului persoană fizică, care nu este urmat de preluarea contractului de către Asigurat;
  - încetării existenței Contractantului persoană juridică, care nu este urmată de preluarea Contractului de către Asigurat sau de către entitatea juridică ce dobândește interes asigurabil asupra Asiguratului sau de către altă persoană cu condiția ca noul Contractant să respecte toate criteriile de eligibilitate cerute de Asigurător, inclusiv Interesul asigurabil asupra Asiguraților din contractul de asigurare.

În cazul rezilierii unilaterale de către Asigurător a Contractului de asigurare, Contractul de asigurare va înceta de plin drept la data indicată în notificarea prin care Asigurătorul informează Contractantul asupra încetării Contractului de asigurare.

Încetarea Contractului de Asigurare nu va avea nici un efect asupra obligațiilor deja scadente între părți la data la care Contractul de asigurare își încetează efectele.

Produsul de Asigurare de Sănătate NN nu are valoare de răscumpărare și nici participare la profit și atât în cazul rezilierii contractului, cât și în cazul denunțării acestuia, Contractantul este îndreptățit să primească doar prima de asigurare achitată în avans și neconsumată, dacă este cazul.

Încetarea calității de Asigurat

Calitatea de Asigurat încetează:

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

Toate drepturile și obligațiile Asiguratului ce decurg din Contractul de asigurare și sunt confirmate de Polița de asigurare încetează de drept la data la care Asiguratul nu mai este parte din Contractul de asigurare.
Asigurătorul nu acoperă Evenimentele asigurate întâmplate după data la care Asiguratul nu mai este parte din Contract. Primele de asigurare, plătite după încetarea calității de Asigurat, vor fi restituite integral Contractantului, fără a fi purtătoare de dobândă.

Prevederi generale

Informații utile privind modificările contractuale ce pot fi efectuate sau formulare în uz sunt disponibile pe site-ul Asigurătorului – www.nn.ro.

Lista colaboratorilor/partenerilor medicali este înmânată Contractantului/Asiguratului la momentul semnării Cererii de asigurare, iar părțile convin ca orice actualizare/modificare a acestei liste să fie disponibilă pe pagina de internet a NN Asigurări de Viață S.A. Prin semnarea prezentelor condiții contractuale, sunteți de acord ca orice actualizare/modificare a Rețelei medicale NN să vă fie comunicată prin intermediul paginii de internet a NN Asigurări de Viață S.A, la adresa www.nn.ro/reteaua-medicala

Notificări: Toate notificările, cererile sau comunicările în legătură cu prezentul Contract de Asigurare vor fi făcute în scris și vor fi comunicate Contractantului sau Asiguratului

prin scrisoare transmisă prin poștă sau direct sau prin corespondență electronică (e-mail, SMS).
Notificările/comunicările verbale nu sunt luate în considerare de niciuna dintre Părțile Contractante, cu excepția situațiilor clar prevăzute în prezentele Condiții Contractuale, când Asigurătorul înregistrează convorbirile pentru referințe viitoare.
Asigurătorul este obligat să accepte cu efect juridic documentele ce i-au fost trimise, numai dacă au fost prezentate în formă scrisă și au fost recepționate de către Asigurător.

Beneficii pentru Contractantul asigurării: Prin intermediul partenerului Benefit Systems SRL, operator de date cu caracter personal cu numărul 30788, Asigurătorul oferă Contractantului, persoană fizică, acces gratuit la o gamă largă de discounturi prin intermediul platformei online nn.benefitonline.ro.
Pentru a putea accesa platforma de beneficii, adresa de e-mail, numele, prenumele Contractantului și numărul de contract vor fi transmise de Asigurător către Benefit Systems.
După emiterea poliței de Asigurare, în termen de 2 zile lucrătoare, Benefit Systems va trimite Contractantului un e-mail cu informațiile necesare pentru activarea contului pe platforma de beneficii, Contractantul având opțiunea de a activa sau nu respectivul cont, în condițiile menționate în Termenii și Condițiile specifice acestei platforme.
Accesul la platforma de beneficii încetează în următoarele situații:

- La data încetării Contractului de asigurare;
- La data încetării calității de Contractant;
- La cererea expresă a Contractantului;
- La data la care Asigurătorul notifică Contractantul că nu mai oferă accesul la platforma de beneficii.

Asigurătorul nu poate oferi Contractantului acest beneficiu separat, fiind vorba de un serviciu gratuit, atașat Asigurării de Sănătate NN.

Legislație: Contractul de Asigurare va fi guvernat de legislația română în vigoare.

Modificări ale dispozițiilor legale: În cazul în care la încheierea sau pe parcursul derulării prezentului Contract de Asigurare există sau vor deveni incidente dispoziții legale ce obligă părțile la o anumită conduită sau instituie obligații de natură fiscală în legătură cu Contractul de Asigurare, o asemenea conduită sau obligație de natură fiscală nu va fi în sarcina Asigurătorului decât în măsura în care actul normativ care le instituie stabilește în mod expres acest lucru; altfel, după caz Contractantul/Asiguratul/Beneficiarul este ținut să respecte respectiva conduită sau obligație de natură fiscală. Asigurătorul nu are nici o responsabilitate în cazul în care acesta nu se conformează unei asemenea dispoziții legale.

Nemulțumiri și plângeri: Asiguratul, respectiv Contractantul au dreptul de a solicita oricând informații suplimentare legate de contractul de asigurare prin intermediul agentului de asigurare sau direct la sediul central al Asigurătorului, telefonic sau în scris.
Orice nemulțumire din partea Contractanților/Asiguraților 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 este conform 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 (ASF) 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.

Specimenul de semnătură: Semnătura Asiguratului și a Contractantului de pe Cererea de asigurare sunt considerate specimen de semnătură. Toate solicitările de modificare vor fi luate în considerare dacă vor avea aceeași semnătură ca pe Cererea de asigurare. În cazul în care Asiguratul sau Contractantul își vor schimba semnătura pe parcursul derulării Contractului, vor avea obligația să aducă la cunoștința Asigurătorului acest fapt, printr-un document cu noul specimen de semnătură, documentul respectiv fiind semnat și cu vechea, și cu noua semnătură.

Cheltuieli și taxe: Toate taxele și cheltuielile privind plata primelor sau a beneficiilor încasate pe parcursul contractului sunt suportate de către Contractant sau sunt deduse din orice sumă plătibilă de către Asigurător. Asigurătorul va achita numai contravaloarea examinărilor medicale standard solicitate pentru care confirmă în scris acoperirea costului acestora.

Statutul legal al agentului 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 (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.
Agentul 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 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. Niciun agent de asigurare nu poate aduce modificări contractului de asigurare.
Agentul de asigurare 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.

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

Fondul de garantare a asiguraților: În vederea protejării asiguraților și beneficiarilor asigurării, prin contribuția asigurătorilor (inclusiv a NN Asigurări de Viață S.A.), în temeiul Legii 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 asigurătorul aflat în procedură de faliment. 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.

Confidențialitatea informațiilor și protecția datelor cu caracter personal: Datele confidențiale și datele cu caracter personal (inclusiv informațiile cu caracter medical) furnizate de către Contractant și/sau Asigurat vor fi prelucrate de către Asigurător cu respectarea prevederilor de Regulamentului general privind protecția datelor 679/2016.

Informații detaliate cu privire la scopurile în care sunt prelucrate datele cu caracter personal, precum și transferul acestor date se regăsesc pe Cererea de asigurare.

Prezentele Condiții sunt valabile pentru Contractul de Asigurare de Sănătate încheiat sau reînnoit în perioada 01.01.2020 - 31.12.2020.

Costurile serviciilor medicale acoperite de Protecția principală

Acoperirea este disponibilă în spitalele din România și din afara României până la o limită maximă de 100.000 lei/Asigurat/An contractual de asigurare.

Perioade de așteptare
Evenimentele asigurate din accident menționate în acest tabel sunt acoperite imediat de la data intrării în vigoare a protecției principale, cu excepția spitalizărilor cu sau fără intervenție chirurgicală, pentru tratamentul articulației genunchiului, herniei vertebrale, deviației de sept nazal, cataractei herniei abdominale care sunt despăgubite după 12 luni de acoperire continuă.
Evenimentele asigurate din îmbolnăvire menționate în acest tabel sunt acoperite după o perioadă de așteptare generală de 30 de zile de la data intrării în vigoare a asigurării, cu excepția nașterii, spitalizărilor pentru tratamentul articulației genunchiului, herniei vertebrale, deviației de sept nazal, cataractei, hallux valgus, hernei abdominale, afecțiunilor musculo-scheletale care includ, dar nu se limitează la artrită, osteoporoză, osteomielită, afecțiuni ale discurilor și coloanei vertebrale, lombalgii, mialgii, slăbiciune musculară, afecțiuni ale membrelor, fractură de șold, osteonecroză, fibroamelor sau mioamelor uterine, bolii varicoase, bolii hemoroidale, polipilor nazali, vegetațiilor adenoide, amigdalitei, polipozei gastro-intestinale, sindromului de apnee în somn, glandei tiroide, chisturilor și tumorilor benigne, colecistului, litiazei renale, sinusurilor nazale, endometriozei, trombofiliei, anevrismului aortic, herniei inghinale congenitale, defectului septal atrial sau ventricular, hidronefrozei congenitale, torsiunii testiculară, anevrismului cerebral, bolilor preexistente declarate și acceptate în asigurare care sunt despăgubite după 12 luni de acoperire continuă. Costurile pentru spitalizările cu sau fără intervenție chirurgicală cauzate de defectul septal atrial sau ventricular, hidronefroza congenitală sunt acoperite de asigurare după împlinirea vârstei de 5 ani a asiguratului și după perioada de așteptare specifică de 12 luni.

Evenimente asigurate acoperite de Asigurarea de Sănătate NN		Spitale în Rețeaua medicală NN (decontare directă)	Spitale din afara Rețelei medicale NN (publice sau private) care eliberează factură fiscală pentru serviciile medicale	Spitale publice care nu eliberează factură fiscală
Spitalizare continuă fără intervenție chirurgicală Pentru evenimentele asigurate acoperite, sunt despăgubite costuri pentru: cazare standard, medicație, asistență medicală, onorarii medici, consumabile medicale, tratament medical, proceduri și investigații medicale. **Consultați capitolul Excluderi pentru costurile neacoperite și situațiile în care nu se acordă indemnizația de asigurare.**	Copii până la 14 ani împliniți, spitalizați împreună cu un însoțitor	100% din costuri	80% din costuri, până la maxim 600 lei/zi	600 lei/zi
	Copii până la 14 ani împliniți, spitalizați fără însoțitor	100% din costuri	80% din costuri, până la maxim 450 lei/zi	600 lei/zi
	Copii de la 15 ani și adulți	100% din costuri	80% din costuri, până la maxim 450 lei/zi	450 lei/zi
	Asigurat spitalizat în secția de ATI	100% din costuri	80% din costuri, până la maxim 900 lei/zi	900 lei/zi (pentru 24 de ore continue de spitalizare în secția ATI)
Spitalizare continuă cu intervenție chirurgicală Pentru evenimentele asigurate acoperite, sunt despăgubite costuri pentru: consult preanestezic, cazare standard, medicație, asistență medicală, onorarii medici, consumabile medicale, tratament medical, proceduri și investigații medicale, cost sală operații, anestezie, examen histopatologic pentru	Copii până la 14 ani împliniți, spitalizați împreună cu un însoțitor	100% din costuri (cu excepția materialelor prostetice)	80% din costuri, până la maxim 12.000 lei/eveniment asigurat	600 lei/zi
	Copii până la 14 ani împliniți, spitalizați fără însoțitor	100% din costuri (cu excepția materialelor prostetice)	80% din costuri, maxim 12.000 lei/eveniment asigurat	600 lei/zi

piesele anatomice recoltate intraoperator. **Consultați capitolul Excluderi pentru costurile neacoperite și situațiile în care nu se acordă indemnizația de asigurare.**	Copii de la 15 ani și adulți	100% din costuri (cu excepția materialelor prostetice)	80% din costuri, maxim 12.000 lei/eveniment asigurat	450 lei/zi
	Asigurat spitalizat în secția de ATI	100% din costuri (cu excepția materialelor prostetice)	inclus în costurile acoperite în spitalizarea cu intervenție chirurgicală	900 lei/zi (pentru 24 de ore continue de spitalizare în secția ATI)
Materiale prostetice montate chirurgical (stenturi, plase, materiale de osteosinteză, proteze etc.) Sunt acoperite costurile pentru materiale prostetice necesare ca parte a tratamentului, în limita menționată, în funcție de spitalul la care are loc intervenția chirurgicală de montare a dispozitivului.	maximum 5.000 lei/ intervenție chirurgicală	inclus în costurile acoperite în spitalizarea cu intervenție chirurgicală	costurile nu sunt acoperite	
Spitalizare de zi pentru administrarea medicației citostatice Sunt acoperite costurile pentru: cazarea standard, asistență medicală, procedurile medicale și consumabilele necesare administrării citostaticelor, costul medicației administrate pentru efectele secundare ale chimioterapiei în timpul spitalizării, costurile investigațiilor de stadializare a bolii neoplazice incluse în programul de tratament chimioterapic și efectuate în spitalizare de zi, între ciclurile de chimioterapie. **Nu sunt acoperite și despăgubite costurile medicației citostatice**	100% din costuri (cu excepția materialelor prostetice)	80% din costuri, până la maxim 450 lei/zi	250 lei/zi	
Spitalizare de zi pentru intervenție chirurgicală în spital sau intervenţie chirurgicala în ambulatoriul de specialitate de chirurgie Sunt acoperite costurile pentru: cazare standard, asistență medicală, onorariu medici, proceduri și investigații, cost sală operații, anestezie, examen histopatologic pentru piesele anatomice recoltate intraoperator	100% din costuri (cu excepția materialelor prostetice)	80% din costuri, până la maxim 12.000 lei/eveniment asigurat	450 lei/eveniment asigurat	
Indemnizația pentru naștere Pentru Protecția principală din accident și îmbolnăvire, după 12 luni de asigurare continuă, se plătește Asiguratului (mama) indemnizația pentru naștere. Indiferent de numărul nou născuților și indiferent de procedura de naștere (cezariană, naștere naturală), este acordată o singură indemnizație pentru naștere. **Orice alte costuri de spitalizare sau intervenție chirurgicală cauzate de naștere nu sunt acoperite.**	1.500 lei	1.500 lei	1.500 lei	
Indemnizația pentru copil nou născut Pentru Protecția principală din accident și îmbolnăvire, după 12 luni de asigurare continuă, se plătește Asiguratului indemnizația pentru copilul nou născut. Pentru fiecare copil nou născut se acordă indemnizația o singură dată.	1.500 lei	1.500 lei	1.500 lei	

Definiții

Accident	Orice întâmplare neașteptată și imprevizibilă care cauzează vătămări corporale imediate din cauza acțiunii unor factori externi și care apare independent de voința Asiguratului. Evenimentele asigurate cauzate de Accident sunt acoperite doar dacă sunt întrunite, simultan, următoarele condiții: 1. Accidentul este documentat medico-legal imediat după producerea lui; 2. Accidentul se întâmplă pe durata de valabilitate a Contractului de asigurare; 3. Contractul este valabil la data Evenimentului asigurat și sunt achitate în totalitate primele scadente, inclusiv pentru perioada de timp în care a avut loc spitalizarea Asiguratului. 4. Evenimentul asigurat este anunțat în maximum 12 luni de la data producerii Accidentului; 5. La Data Evenimentului asigurat este în vigoare aceeași Protecție principală a Asiguratului valabilă și la data Accidentului. 6. Evenimentul asigurat nu s-a produs în perioada de așteptare specifică. 7. Evenimentul asigurat nu se încadrează în excluderile detaliate în Capitolul „Excluderi-costuri neacoperite de Asigurarea de Sănătate NN și pentru care indemnizația de asigurare nu este plătită”.
Afecțiune/Boală congenitală	Orice anomalie genetică, fizică, (bio)chimică sau morfologică, defect sau malformație prezentă de la naștere, manifestată sau nu de la naștere, precum și orice anomalie neo-natologică dezvoltată în primele 6 (șase) luni de la naștere.
Afecțiune/Boală preexistentă	Orice leziune, boală sau consecințele acestora, de care Asiguratul a suferit, ale cărei semne/simptome/manifestări obiective au apărut înaintea datei de intrare în vigoare a Contractului de asigurare/datei la care Protecția principală a fost atașată contractului/datei la care Asiguratul a semnat cererea de asigurare, indiferent dacă Asiguratul a solicitat, i-a fost recomandat sau a urmat tratament prescris de un medic.
An contractual de asigurare	Perioada de 12 (douăsprezece) luni cuprinsă între două date succesive de reînnoire a Contractului de asigurare. Primul an de asigurare începe la data semnării cererii de asigurare inițiale.
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.
Autorizare prealabilă	Verificarea eligibilității Asiguratului, de către MedNet, pentru tratamentul de spitalizare și intervenție chirurgicală cerut de către Asigurat, înainte de internarea Asiguratului în spital.
Autorizare inițială	Autorizarea de către MedNet a serviciilor medicale necesare Asiguratului în timpul spitalizării într-un spital din Rețeaua medicală NN.
Beneficiarul plăților	Furnizorul de servicii medicale (Spitalul din Rețeaua medicală NN)/Asiguratul care primește Indemnizația de asigurare.
Benefit Systems	Benefit Systems SRL, cu sediul în București, Str. Sergiu Dumitru nr. 3, sector 1, România, înregistrată la Registrul Comerțului sub nr. J40/845/25.01.2013, CUI 31140616, pune la dispoziție și administrează o platformă online prin intermediul căreia Contractanții Asigurării de Sănătate NN pot selecta și accesa beneficiile/ofertele speciale din diverse categorii (de exemplu, training-uri, cursuri de limbi străine, activități sportive, cultură, sănătate, călătorii sau educație).
Cazare standard	Cazare și masă pentru o noapte de spitalizare într-o rezervă cu 1-2 paturi, definită și clasificată drept "standard" de către Spital. Costurile rezonabile pentru Cazarea standard sunt rambursate conform contractului încheiat între NN și spitalele din Rețeaua medicală NN sau conform limitelor prevăzute pentru un spital din afara Rețelei medicale NN.
Cererea de asigurare	Formular tipizat, ce conține, printre altele, datele de identificare și chestionarul medical și care este completat și semnat de către Contractant și Asigurați, în vederea încheierii Contractului de asigurare. Dacă Asiguratul este un copil mai mic de 18 ani, Cererea de asigurare va fi semnată de unul dintre părinți sau tutore.
Cost rezonabil	Costul corespunzător tratamentului medical, care este urmarea a unor necesități medicale, car nu depășește nivelul general al tarifelor/costurilor practicate în spitale similare sau comparabile, pentru tratarea unor pacienți de aceeași vârstă, sex, cu leziuni, boli sau afecțiuni asemănătoare, în conformitate cu standardele medicale acceptate, fără a afecta în niciun fel sănătatea Asiguraților.
Data intrării în vigoare a contractului	Data la care Cererea de asigurare a fost semnată de Asigurat, înscrisă în Polița de asigurare, cu condiția emiterii acesteia.

Data scadentă a primei de asigurare	Data calendaristică la care Prima de asigurare este datorată Asigurătorului, menționată ca atare în Polița de asigurare.
Data Evenimentului Asigurat	Data Evenimentului asigurat este data internării Asiguratului în spital.
Data reînnoirii contractului	Data la care s-a împlinit 1 (un) an de la data intrării în vigoare a contractului de asigurare sau de la ultima reînnoire a contractului de asigurare.
Eveniment asigurat	Pentru protecția principală din Accident, evenimentul asigurat este spitalizarea cu sau fără intervenție chirurgicală suferită de Asigurat, pe perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, cauzată de un Accident. Pentru protecția principală din Accident și Îmbolnăvire, evenimentul asigurat este spitalizarea cu sau fără intervenție chirurgicală suferită de Asigurat, pe perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, cauzată de un Accident sau o Îmbolnăvire. Evenimentul asigurat trebuie să constituie o necesitate medicală. Tratamentele medicale primite de asigurat în afara spitalizării, spitalizările întâmplate înainte sau după terminarea contractului de asigurare ori în timpul perioadelor de așteptare nu constituie evenimente asigurate.
Factura fiscală	Document contabil emis de un spital către asigurat care cuprinde costurile aferente perioadei de spitalizare și tratamentului administrat în această perioadă. În cazul asiguraților copii sunt acceptate facturile fiscale emise către aparținătorii acestora.
Indemnizație de asigurare	Suma plătită de către Asigurător, ca urmare a producerii Evenimentului asigurat. Asigurătorul va plăti, după caz: • costurile serviciilor medicale pentru spitalizări cu sau fără intervenții chirurgicale, autorizate de MedNet în numele Asigurătorului, incluse în factura fiscală eliberată către asigurat de Spitalul privat sau public, din Rețeaua medicală NN sau din afara Rețelei medicale NN, în limitele specificate în "Costurile serviciilor medicale acoperite de Protecția principală" din prezentele Condiții Contractuale. • echivalentul numărului de nopți de spitalizare înmulțit cu o sumă fixă de bani (pentru spitalizarea continuă) sau o sumă fixă per eveniment asigurat (pentru spitalizarea de zi), așa cum este menționat in "Costurile serviciilor medicale acoperite de Protecția principală", pentru serviciile medicale primite de Asigurat într-un Spital public, pentru care nu s-a eliberat factură fiscală către Asigurat.
Interes asigurabil	Cerință esențială pentru valabilitatea contractului de asigurare, reprezentând motivația financiară intrinsecă a Contractantului asigurării ca Asiguratul să-și mențină starea de sănătate.
Intervenție chirurgicală	Oricare din următoarele proceduri sau tehnici medicale efectuate asupra Asiguratului: 1. incizie, excizie sau electro-cauterizare asupra oricărui organ sau parte a corpului, cu excepția celor stomatologice; 2. refacerea, revizuirea sau reconstrucția oricărui organ sau parte a corpului, prin tehnici invazive sau neinvazive; 3. reducerea unei fracturi sau a unei dislocări articulare; 4. utilizarea endoscopului pentru extragerea unui calcul sau a unui corp străin din laringe, bronhii, trahee, esofag, stomac, intestine, vezică urinară sau uretră.
Îmbolnăvire	Modificare organică sau funcțională a stării normale de sănătate a Asiguratului, diagnosticată de un medic de specialitate și care necesită tratament medical.
MedNet	Med Net Grecia S.A. Atena Sucursala București, cu sediul în Bd. Iancu de Hunedoara nr. 54B, Avantgarde Office Building, etaj 1, sector 1, București, înregistrat la Registrul Comerțului sub nr. J40/15017/09.12.2015, CUI 35309930, reprezintă NN Asigurări de Viață S.A. în vederea facilitării accesului Asiguratului la serviciile medicale acoperite contractual, oferă suport administrativ Asiguraților și soluționează evenimentele asigurate.
Necesitate medicală	Orice serviciu medical care întrunește simultan următoarele caracteristici: 1. este în concordanță cu diagnosticul și reprezintă tratamentul medical standard pentru un accident sau o îmbolnăvire acoperite de asigurare; 2. este în conformitate cu standardele de bune practici medicale, cu standardele actuale de îngrijire medicală și dovedește beneficii medicale pentru Asigurat; 3. este adresat unor situații medicale care pot fi tratate doar într-un spital și doar dacă Asiguratul este spitalizat; 4. nu este practicat în scop experimental, investigațional, de cercetare medicală, de screening sau preventiv; 5. are un cost rezonabil, în standardele obișnuite, pentru tratamentul corespunzător situațiilor medicale cărora li se adresează.

Perioada de grație	Perioada de 60 de zile calendaristice, de la data ultimei scadențe neachitate în care Contractul este valabil, dar în care Evenimentului asigurat este acoperit numai după ce au fost achitate în totalitate primele scadente, inclusiv pentru perioada de timp în care a avut loc spitalizarea Asiguratului.
Perioada de așteptare	O perioadă de timp, de la Data intrării în vigoare a Contractului sau de la data adăugării unei noi Protecții principale sau de la data adăugării unui nou Asigurat în Contract, în care Asigurătorul nu plătește nicio Indemnizație de asigurare (perioada generală de așteptare) și/sau în care Asigurătorul nu plătește Indemnizația de asigurare pentru o serie de situații specifice (perioadă de așteptare specifică).
Poliță	Documentul care confirmă încheierea Contractului de asigurare. Polița este emisă de Asigurător și conține, printre altele, Data începerii și data reînnoirii asigurării, extraprime sau excluderi personalizate (dacă este cazul).
Rețeaua medicală NN	Rețeaua medicală NN cuprinde: • Spitalele cu care NN Asigurări de Viață are contract de colaborare și în care Asigurații au acces la servicii medicale de spitalizare decontate direct între Asigurător și Spital. • Clinici medicale cu care NN are contract de parteneriat și în care Asigurații care au atașat pe contract Beneficiul opțional Prevenție, au acces la servicii medicale de Prevenție. Lista spitalelor și clinicilor din Rețeaua medicală NN este disponibilă pe site-ul oficial NN Asigurări de Viață S.A. – www.nn.ro
Scadența de plată	Data la care primele de asigurare sunt datorate Asigurătorului, menționată ca atare în Poliță.
Spital	Unitate sanitară cu paturi, de utilitate publică, cu personalitate juridică, constituită conform legii, ce furnizează servicii medicale, prin personal calificat (medici și asistenți medicali). Nu se consideră a fi Spital: instituțiile destinate îngrijirii alcoolicilor sau persoanelor dependente de droguri, sanatoriile (balneo-climaterice, TBC, de recuperare neuro-psihomotorie), instituțiile pentru tratarea bolilor psihice, instituțiile de reabilitare și recuperare, instituțiile pentru îngrijiri paleative, azilurile/casele de îngrijire pentru bătrâni.
Secția de terapie intensivă (ATI)	Secție a Spitalului, operațională 24 de ore din 24, care se ocupă doar de tratamentul pacienților în stare critică și care este echipată pentru a oferi servicii de asistență medicală care nu sunt disponibile în altă secție a spitalului.
Spitalizare continuă	Intervalul de timp, exprimat în număr de nopți, petrecut de Asigurat într-un Spital în care a fost internat, la recomandarea unui medic, i-a fost rezervat un pat pentru una sau mai multe nopți consecutive, urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri.
Spitalizare de zi	Intervalul de timp petrecut de Asigurat într-un spital în care a fost internat la recomandarea unui medic, i-a fost rezervat un pat pentru maximum 12 ore, fără a fi cazat peste noapte, pentru o intervenție chirurgicală sau pentru administrarea medicației chimioterapice. Spitalizarea de zi sau ambulatorie pentru intervenția chirurgicală se poate desfășura în mai multe tipuri de unități medicale: • Spitale de stat în care se practică și operații în sistemul de "o zi"; • Centre chirurgicale private de tip spital unde se operează în sistemul de "o zi"; • Policlinici și cabinete de specialitate cu profil chirurgical fără posibilitate de internare, eventual cu o supraveghere de scurtă durată.
Urgență medicală în spitalizare de zi sau continuă	Îngrijire medicală imediată, necesară în urma unei Îmbolnăviri sau a unui Accident care survine brusc și neașteptat, în scopul menținerii vieții, a funcțiilor vitale sau pentru evitarea pierderii unui organ sau a funcțiilor acestuia.

Gerke Anno Witteween
Director Executiv Financiar

Gabriela Lupaş Ţicu
Director Arie Marketing şi Operaţiuni

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

Condițiile generale ale contractului de Asigurare de Sănătate NN

Exemplar de returnat la sediul central

Nume	Semnătura	Am primit condițiile contractuale Data primirii
Contractant		
Persoana asigurată		
Persoana asigurată		
Persoana asigurată		
Persoana asigurată		
Persoana asigurată		

Capitole

Părțile contractului	pag. 1
Componentele asigurării	pag. 1
Indemnizația de asigurare	pag. 2
Perioada de așteptare	pag. 3
Excluderi	pag. 4
Începerea și valabilitatea contractului	pag. 5
Reînnoirea contractului	Pag. 6
Plata primelor	pag. 6
Modificări contractuale	pag. 6
Încetarea contractului	pag. 7
Încetarea calității de asigurat	pag. 7
Prevederi generale	pag. 7
Costurile acoperite	pag. 10
Definiții	pag. 12

Părțile contractului

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

Contractantul: persoană fizică sau juridică, care are interes asigurabil cu privire la starea de sănătate a Asiguraților, care încheie Contractul de asigurare și plătește primele de asigurare.

Asiguratul: persoană fizică rezidentă în România și care locuiește în România, cu vârsta cuprinsă între 3 luni și 60 de ani la data semnării Cererii de asigurare, a cărei stare de sănătate constituie obiectul asigurării.

O persoană poate avea calitatea de Asigurat într-un singur Contract de Asigurare de Sănătate NN.

Într-un Contract de asigurare pot fi până la 10 (zece) Asigurați, în același timp.

Fiecare Asigurat trebuie să aleagă o variantă de Protecție principală și poate alege un nivel al Beneficiului opțional Prevenție.

Toți copiii cu vârsta sub 18 ani care au calitatea de Asigurat în același Contract de Asigurare de Sănătate NN trebuie să opteze pentru aceeași variantă de Protecție principală.

Asigurătorul: NN Asigurări de Viață S.A., Str. Costache Negri nr. 1-5, sector 5, București, 050552, telefon 021 9464, înregistrată la Registrul Comerțului sub nr. J40/475/1997; CUI 9100488; înregistrată ca operator de date cu caracter personal cu numărul 160, societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară, cod: RA-012/10.04.2003, cod LEI: 549300GK7Z9RSNNVFB27.

Asigurătorul împuternicește Med Net Grecia S.A. Atena Sucursala București în vederea facilitării accesului Asiguraților la serviciile medicale acoperite contractual, oferirii de suport administrativ și soluționării evenimentelor asigurate.

Contractul de Asigurare de Sănătate NN este constituit din următoarele documente:

- **Cererea de asigurare;**
- **Prezentele Condiții Contractuale;**
- **Condițiile Contractuale specifice Beneficiului opțional Prevenție** (dacă Asiguratul a optat pentru acest beneficiu);
- **Polița de Asigurare**;
- **Documentele-anexă ale Cererii de asigurare** care pot fi, după caz: formulare de examinare medicală, scrisoarea de prezentare a contractului de asigurare, planul financiar personal, chestionare suplimentare specifice, copia documentelor de identitate, confirmări semnate de Contractant și Asigurat prin care își exprimă acordul expres cu privire la modificări aduse condițiilor standard financiare și tehnice pentru garantarea asigurării.

Componentele asigurării

Asigurarea de Sănătate NN are următoarele componente:

- Protecția principală (descrisă în prezentele Condiții Contractuale);
- Beneficiul opțional Prevenție (descris în Condițiile Contractuale specifice Beneficiului opțional Prevenție).

Beneficiile incluse în Protecția principală:

1. Fiecare Asigurat, personal sau prin reprezentant legal, trebuie să opteze pentru una din următoarele variante:

- **Protecția principală din accident**: acoperă costurile spitalizării cu sau fără intervenție chirurgicală, necesară în scop curativ pentru consecințele unui Accident, până la suma maximă de 100.000 lei/ Asigurat/An contractual de asigurare.
- **Protecție principală din accident și îmbolnăvire**: acoperă costurile spitalizării cu sau fără intervenție chirurgicală, necesară în scop curativ pentru consecințele unui Accident sau ale unei Îmbolnăviri, până la suma maximă de 100.000 lei/Asigurat/An contractual de asigurare.

2. Linie telefonică de asistență medicală 24/7: linia telefonică dedicată, disponibilă oricând, care conectează Contractantul și Asiguratul cu persoane cu pregătire medicală, pentru situațiile în care Asiguratul are nevoie de consiliere medicală urgentă pentru starea de sănătate și/sau îndrumare către servicii medicale. Acest serviciu este disponibil la numărul de telefon 021 9464, fiind oferit prin intermediul MedNet.

Indemnizația de asigurare

Asigurătorul acoperă Evenimentul asigurat pe durata de valabilitate a Contractului, dacă sunt achitate în totalitate primele scadente, inclusiv pentru perioada de timp în care a avut loc spitalizarea Asiguratului.

Limita maximă de despăgubire este de 100.000 lei/Asigurat/An contractual de asigurare.

Evenimentele asigurate cauzate de Accident sunt acoperite doar dacă sunt întrunite simultan, următoarele condiții:
1. Accidentul este documentat medico-legal imediat după producerea lui;
2. Accidentul se întâmplă pe durata de valabilitate a Contractului de asigurare;
3. Contractul este valabil la data Evenimentului asigurat și sunt achitate în totalitate primele scadente, inclusiv pentru perioada de timp în care a avut loc spitalizarea Asiguratului.
4. Evenimentul asigurat este anunțat în maximum 12 luni de la data producerii Accidentului;
5. La Data Evenimentului asigurat este în vigoare aceeași Protecție principală a Asiguratului valabilă și la data Accidentului.
6. Evenimentul asigurat nu s-a produs în perioada de așteptare specifică.
7. Evenimentul asigurat nu se încadrează în excluderile detaliate în Capitolul „Excluderi-costuri neacoperite de Asigurarea de Sănătate NN și pentru care indemnizația de asigurare nu este plătită".

În situația în care Contractantul și/sau Asiguratul vor furniza declarații false sau informații incomplete, Asigurătorul nu va plăti nicio Indemnizație de asigurare și nicio altă pretenție, indiferent de natura acesteia, cum ar fi restituirea primelor de asigurare deja plătite până la data rezilierii contractului.

În cazul în care documentele depuse de Contractant și/sau Asigurat cu privire la Evenimentul asigurat produs prezintă semne de alterare (spre exemplu, dar fără a se limita la: ștersături, modificări, completări), Asigurătorul își rezervă dreptul de a suspenda plata indemnizației de asigurare și de a face propriile investigații cu privire la condițiile producerii Evenimentului asigurat. În funcție de rezultatul acestor investigații, Asigurătorul poate solicita Contractantului și/sau Asiguratului informații/documente suplimentare cu privire la producerea Evenimentului asigurat sau poate refuza plata indemnizației de asigurare.

Documentele emise într-o limbă străină trebuie trimise de Asigurat la MedNet însoțite de traducerea autorizată în limba română sau în limba engleză, costul traducerii fiind suportat de către Asigurat/Contractant.

Dreptul de a solicita plata Indemnizației de asigurare de la Asigurător se prescrie în termen de 2 (doi) ani de la data producerii Evenimentului asigurat.

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

A. Spitalizarea în spitalele din rețeaua medicală NN

Lista spitalelor și clinicilor din Rețeaua medicală NN este disponibilă pe site-ul oficial NN Asigurări de Viață S.A. – www.nn.ro.

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

2. NN Asigurări de Viață, prin împuternicitul MedNet, va solicita Asiguratului următoarele informații:
- copia actului de identitate a Asiguratului sau a certificatului de naștere pentru minorii care nu dețin act de identitate (doar dacă actul de identitate a fost schimbat între timp);
- copia recomandării spitalizării/intervenției chirurgicale și datele de contact ale medicului care recomandă tratamentul;
- copia rezultatelor consulturilor și investigațiilor efectuate pentru stabilirea diagnosticului (de exemplu: investigații radiologice, analize, certificate medicale);
- istoricul medical al Asiguratului (copie fișă medicală personală);
- în caz de Accident, copia documentelor medicale care atestă producerea accidentului.

3. Asiguratul trimite documentele solicitate la MedNet prin email sau prin poștă.

4. În maximum 48 de ore, după primirea tuturor informațiilor solicitate, MedNet va trimite Asiguratului autorizarea sau refuzul autorizării prealabile a Evenimentului asigurat.

5. După internarea Asiguratului în Spital, în maximum 24 de ore, Asiguratul sau Spitalul va informa MedNet, prin e-mail sau prin telefon (021 9464) despre spitalizare, iar Spitalul va estima și va trimite costurile și durata tratamentului către MedNet.

6. MedNet va trimite Asiguratului și Spitalului autorizarea inițială sau refuzul autorizării inițiale, în maximum 60 (șaizeci) de minute de la momentul primirii informațiilor despre spitalizarea Asiguratului.

În cazul în care, înaintea spitalizării, Asiguratul nu a cerut autorizarea prealabilă a serviciilor medicale, MedNet va trimite Asiguratului și Spitalului aprobarea sau respingerea autorizării inițiale a serviciilor medicale în maximum 48 de

ore de la momentul primirii informațiilor pentru evaluarea Evenimentului asigurat.

Dacă Evenimentul asigurat are loc în Perioada de grație, pentru ca Asiguratul să fie acoperit, Contractantul asigurării trebuie să plătească în totalitate primele de asigurare restante, inclusiv pentru perioada de timp în care a avut loc spitalizarea. După plata primelor, MedNet poate trimite către Spital, autorizarea inițială pentru Evenimentul asigurat. În cazul în care Contractantul este în imposibilitatea de a plăti primele de asigurare restante în timpul spitalizării Asiguratului, MedNet nu va trimite autorizarea inițială Spitalului, dar va evalua Evenimentul asigurat din punct de vedere medical. În același timp, MedNet va solicita Spitalului ca pacientul Asigurat să beneficieze de reducerile de preț si celelalte beneficii aplicabile Asiguraților. Costurile spitalizării vor fi suportate de către Asigurat.
Asiguratul poate solicita evaluarea Evenimentului asigurat și rambursarea cheltuielilor după ce achită primele de asigurare restante și dacă contractul de asigurare este în vigoare.

În cazul în care pe perioada spitalizării sunt necesare proceduri medicale care nu au fost incluse în autorizația inițială se reiau pașii 5 și 6, de mai sus.

7. Spitalul va trimite către MedNet devizul de plată pentru serviciile medicale prestate în timpul spitalizării.

8. Asigurătorul va acoperi costurile serviciilor medicale autorizate de MedNet și utilizate de către Asigurat în timpul spitalizării, dacă se regăsesc în devizul de plată emis de către Spital.

Indemnizația de asigurare va fi plătită de către MedNet, în numele Asigurătorului, direct către Spital, după cum este detaliat în capitolul „Costurile serviciilor medicale acoperite de Protecția principală”.
Costurile serviciilor medicale neacoperite de asigurare sau neautorizate de MedNet vor fi suportate de către Asigurat care le va plăti direct Spitalului.

B. Spitalizarea în spitalele publice și spitalele private care nu sunt incluse în Rețeaua medicală NN

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

2. NN Asigurări de Viață, prin împuternicitul MedNet, va solicita Asiguratului următoarele informații:
- copia actului de identitate a Asiguratului sau a certificatului de naștere pentru minorii care nu dețin act de identitate (doar dacă actul de identitate a fost schimbat între timp);
- copia recomandării spitalizării/intervenției chirurgicale și datele de contact ale medicului care recomandă tratamentul;
- copia rezultatelor consulturilor și investigațiilor efectuate pentru stabilirea diagnosticului (de exemplu: investigații radiologice, analize, certificate medicale);
- istoricul medical al Asiguratului (copie fișă medicală personală);
- în caz de Accident, copia documentelor medicale care atestă producerea accidentului.

3. Asiguratul trimite documentele solicitate la MedNet prin email sau prin poștă.

4. În maximum 48 de ore, după primirea informațiilor solicitate, MedNet va trimite Asiguratului autorizarea sau refuzul autorizării prealabile a Evenimentului asigurat.

5. Asiguratul va plăti Spitalului toate costurile aferente serviciilor medicale primite (spitalizării și/sau intervențiilor chirurgicale).

6. Pentru obținerea Indemnizației de asigurare, trebuie ca toate primele scadente, inclusiv pentru perioada de timp în care a avut loc spitalizarea Asiguratului, să fie achitate.

Asiguratul sau Contractantul va trimite la MedNet, prin email sau prin poștă, în maximum 10 zile lucrătoare de la data externării, următoarele documente:
- copia Foii de observație clinică din spital a Asiguratului;
- copia protocolului operator;
- factura fiscală detaliată a costurilor serviciilor medicale prestate în perioada de spitalizare și dovada plății acesteia;
- documentele menționate la pasul 2, dacă Asiguratul nu a solicitat autorizarea prealabilă;
- detaliile bancare ale Asiguratului.

7. Evaluarea Evenimentului asigurat se va finaliza în termen de maximum 10 (zece) zile lucrătoare de la data la care toate documentele solicitate au fost primite de către MedNet. MedNet va informa Asiguratul cu privire la rezultatul evaluării Evenimentului asigurat.

8. Indemnizația de asigurare va fi plătită Asiguratului într-un termen de maximum 10 (zece) zile lucrătoare de la data soluționării pozitive a Evenimentului asigurat, după cum este detaliat în capitolul „Costurile serviciilor medicale acoperite de Protecția principală”.
Costurile serviciilor medicale neacoperite de asigurare nu vor fi rambursate Asiguratului.
Dacă Asiguratul decedează înainte ca Indemnizația de asigurare să fie plătită, Indemnizația de asigurare se va plăti moștenitorilor Asiguratului.

C. Indemnizația pentru naștere și Indemnizația pentru copilul nou-născut

Pentru această indemnizație, Asiguratul sau Contractantul trebuie să trimită la MedNet următoarele documente:
- copia certificatului de naștere al copilului nou-născut;
- detaliile bancare ale Asiguratului;
- copia biletului de externare a mamei Asigurate;
- copia biletului de externare al copilului nou născut.

Pentru Protecția principală din accident și îmbolnăvire, după 12 luni de asigurare continuă, se plătește Asiguratului (mama) indemnizația pentru naștere. Indiferent de numărul nou născuților și indiferent de procedura de naștere (cezariană, naștere naturală), este acordată o singură indemnizație pentru naștere.

Pentru Protecția principală din accident și îmbolnăvire, după 12 luni de asigurare continuă, se plătește Asiguratului indemnizația pentru copilul nou născut. Pentru fiecare copil nou născut se acordă indemnizația o singură dată.

Perioada de așteptare

Perioada de așteptare este perioada de timp în care Asigurătorul nu plătește nicio Indemnizație de asigurare (perioadă generală de așteptare) și/sau în care Asigurătorul

nu plătește Indemnizația de asigurare pentru o serie de situații specifice (perioadă specifică de așteptare). Perioada de așteptare începe de la Data intrării în vigoare a contractului/de la data adăugării unui nou Asigurat/de la data schimbării protecției principale.

Perioada de așteptare pentru Evenimentele asigurate din accident

Evenimentele asigurate din accident sunt acoperite imediat dacă Polița de asigurare a fost emisă, luând în considerare condițiile individuale (extra-primă/excludere) specificate în Poliță sau alte Documente-anexă și în limitele perioadei specifice de așteptare așa cum este descrisă mai jos.

Perioada specifică de așteptare de 12 luni se aplică pentru spitalizările cu sau fără intervenție chirurgicală pentru tratamentul:

- articulației genunchiului;
- hernei vertebrale;
- deviației de sept nazal;
- cataractei;
- herniei abdominale.

Pentru situațiile enumerate mai sus, Evenimentele asigurate din accident sunt acoperite după 12 luni de asigurare continuă, dacă contractul de asigurare este în perioada de valabilitate, luând în considerare condițiile individuale (extra-primă/excludere) specificate în Poliță sau alte Documente-anexă.

În situația schimbării protecției principale, pe durata de valabilitate a contractului de asigurare, perioada specifică de așteptare de 12 luni pentru evenimentele asigurate din accident începe de la Data intrării în vigoare a contractului.

Perioada de așteptare pentru Evenimentele asigurate din îmbolnăvire

Perioada generală de așteptare. Evenimentele asigurate din îmbolnăvire sunt acoperite după 30 (treizeci) de zile de așteptare, dacă Polița de asigurare a fost emisă, luând în considerare condițiile individuale (extra-primă/excludere) specificate în Poliță sau alte Documente-anexă și în limitele perioadei specifice de așteptare de 12 luni, așa cum este descrisă mai jos.

Perioada specifică de așteptare de 12 luni se aplică pentru indemnizația pentru naștere, indemnizația pentru copilul nou născut și pentru spitalizările cu sau fără intervenție chirurgicală pentru tratamentul:

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

Pentru situațiile enumerate mai sus, Evenimentele asigurate din îmbolnăvire sunt acoperite după 12 luni de asigurare continuă, dacă contractul de asigurare este în perioada de valabilitate, luând în considerare condițiile individuale (extra-primă/excludere) specificate în Poliță sau alte Documente-anexă.

Costurile pentru spitalizările cu sau fără intervenție chirurgicală cauzate de defectul septal atrial sau ventricular, hidronefroza congenitală sunt acoperite de asigurare după împlinirea vârstei de 5 ani a asiguratului și după perioada de așteptare specifică de 12 luni.

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

Excluderi - costuri neacoperite de Asigurarea de Sănătate NN și pentru care indemnizația de asigurare nu este plătită

Asigurătorul nu va plăti indemnizația de asigurare pentru:

- tratamente sau alte servicii medicale care nu sunt o necesitate medicală pentru Asigurat sau nu sunt autorizate de către MedNet;
- spitalizări pentru tratamente stomatologice, inclusiv chirurgicale, ortodontice sau orice tratamente adresate alveolelor dentare;
- tratamente adresate situațiilor excluse contractual, orice tratament ce depășește limitele descrise contractual sau orice limită sau excludere menționată în Polița de asigurare și agreată între Contractant și Asigurător;
- tratamente efectuate în afara spitalizării;
- tratamente efectuate în regim de spitalizare de zi (excepție fac tratamentele efectuate în spitalizarea de zi pentru administrarea chimioterapiei – medicația citostatică nu este inclusă – sau tratamentele efectuate în spitalizarea de zi sau în ambulatoriul de specialitate pentru intervenții chirurgicale);
- tratamente care nu sunt efectuate de personal medical calificat sau tratamente prestate de un cadru medical care este membru de familie al asiguratului, incluzând soțul/soția, fratele/sora, părinții sau copiii;
- tratamente experimentale sau care nu sunt în acord cu standardele medicale acceptate sau participarea Asiguratului în studii clinice;

- tratamente din categoria terapiilor alternative ca de exemplu, dar nelimitându-ne la: acupunctură, tratamente chiropractice, osteopatie, reflexologie, podiatrie;
- tratamente de detoxifiere, cure de odihnă, tratamente în sanatorii, tratamente preventive, spitalizarea și tratamentul pentru recuperare medicală și orice alte terapii/metode alternative de recuperare, convalescență, tratamente paleative, geriatrice, spa, sanatorii sau centre de îngrijire;
- circumcizia fără indicație medicală;
- medicația chimioterapică (citostatică) și tratamentul radioterapic;
- tratamentul infertilității, fecundarea artificială, fertilizarea in vitro, transferul embrionului, tratamentul avortului, tratamentul impotenței sau frigidității, sterilizarea sau reversarea unor astfel de proceduri;
- tratamentul evoluției nefavorabile a sarcinii, cu excepția următoarelor complicații cu risc crescut care pun viața mamei în pericol: sarcina ectopică, sindromul HELLP, eclampsia, oprirea sarcinii în evoluție (doar dacă sarcina este mai mare de 20 de săptămâni). Costurile spitalizării și intervenției chirurgicale pentru sarcina ectopică, sindromul HELLP, eclampsia, oprirea sarcinii în evoluție sunt acoperite doar dacă sarcina a debutat după intrarea în vigoare a asigurării principale din îmbolnăvire. Data de debut a sarcinii este data concepției stabilită de medicul specialist obstetrician curant;
- tratamentul obezității, reducerea greutății, bulimia, anorexia;
- proceduri care îmbunătățesc aspectul fizic (tatuaje, eliminarea tatuajelor, piercing-ul, tratamente de reîntinerire);
- chirurgia plastică și reconstructivă, cu excepția necesităților medicale pentru urmările tratamentelor neoplasmelor, arsurilor sau accidentelor ce au făcut obiectul unor Evenimente asigurate acoperite de Polița de asigurare;
- extragerea materialelor prostetice, implantate chirurgical înainte de Data începerii asigurării sau a dobândirii calității de Asigurat;
- tratamentele defectelor de vedere care pot fi corectate cu ochelari sau cu lentile de contact (anizotropia, miopia, hipermetropia, prezbiopia, strabismul, astigmatismul);
- evenimente asigurate întâmplate:
  - înainte de începerea sau după terminarea contractului de asigurare;
  - în timpul perioadelor de așteptare.

Asigurătorul nu va plăti indemnizația de asigurare dacă spitalizarea cu sau fără intervenția chirurgicală sunt cauzate direct sau indirect de:

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

Începerea asigurării și valabilitatea Contractului de asigurare

Pentru încheierea Contractului de asigurare, Contractantul și Asiguratul completează și semnează Cererea de asigurare cu toate documentele atașate, iar Contractantul plătește prima de asigurare.

Pentru confirmarea Contractului de asigurare, Asigurătorul evaluează riscul asigurabil pentru fiecare Asigurat în parte din punct de vedere medical, ocupațional, hobby, sport și financiar, pe baza informațiilor din Cererea de asigurare și documentele anexă.

Ca urmare a acestei evaluări, Asigurătorul poate solicita Asiguratului să efectueze o examinare medicală la o clinică

medicală autorizată de Asigurător, caz în care, costurile examinărilor medicale sunt suportate de Asigurător.

În cazul unui risc prea mare, Asigurătorul poate acorda asigurarea în condiții individuale diferite de cele menționate în prezentarea contractului de asigurare sau poate refuza preluarea în asigurare, situație în care prima de asigurare plătită va fi returnată Contractantului, fără a fi purtătoare de dobândă.

Contractantul asigurării are obligația de a informa neîntârziat Asigurătorul despre orice schimbare intervenită în ocupația, sporturile și hobby-urile practicate de Asigurat. Asigurătorul are dreptul de a modifica unilateral, în consecință, condițiile de acoperire contractuală a riscului producerii Evenimentului asigurat sau de elimina din Contract Asigurații al căror risc ocupațional, sport/hobby este prea mare.
Contractul de asigurare de sănătate intră în vigoare la data semnării cererii de asigurare (Data intrării în vigoare a contractului de asigurare) așa cum este menționat în Polița de asigurare, dacă Asigurătorul a emis Polița de asigurare.

Contractul de asigurare de sănătate are o durată de 1 (un) an de la Data intrării în vigoare a asigurării.
Contractantul poate renunța la Contractul de asigurare în termen de 20 de zile lucrătoare de la prima emitere a Poliței de asigurare care confirmă intrarea în vigoare a Contractului de asigurare. Primele plătite se vor returna integral Contractantului, fără a fi purtătoare de dobândă.

Contractul de asigurare de sănătate este considerat valabil pe perioada în care primele de asigurare sunt plătite la zi sau contractul se află în perioada de grație de 60 de zile, situație în care Evenimentului asigurat este acoperit numai după ce sunt achitate în totalitate primele scadente, inclusiv pentru perioada de timp în care a avut loc spitalizarea Asiguratului.

Reînnoirea Contractului de asigurare

Contractul se reînnoiește după fiecare An contractual de asigurare. Reînnoirea Contractului de asigurare se face pentru toți Asigurații din contract în același timp și nu presupune reevaluarea riscului asigurabil.
Bonusul de reînnoire. Bonusul de reînnoire reprezintă o sumă asigurată suplimentară în valoare de 20.000 de lei. La reînnoirea contractului de asigurare, dacă pe tot parcursul anului contractual precedent Asiguratul nu a avut niciun eveniment asigurat despăgubit și a fost acoperit prin Protecția principală din accident și îmbolnăvire, suma asigurată de 100.000 lei va fi suplimentată cu 20.000 lei. În fiecare an în care sunt îndeplinite criteriile cumulative de mai sus, suma asigurată va crește cu 20.000 lei, timp de 5 ani. Noua valoare a sumei asigurate se va reflecta în polița de asigurare.

Înainte cu 45 de zile de data reînnoirii Contractului, Contractantul primește informații despre suma asigurată şi prima de asigurare valabilă pentru noul an de asigurare, precum și despre actualizările din Condițiile Contractuale valabile de la data reînnoirii.

În cazul în care Contractantul este de acord cu noile condiții de asigurare, acesta poate să-și exercite opțiunea de reînnoire a Contractului de Asigurare de Sănătate NN pentru o nouă perioadă de 1 (un) an, prin plata primei de asigurare.

În cazul în care Asigurătorul nu mai oferă Beneficiul opțional Prevenție (de exemplu, dar fără a se limita la motive economice), contractul se reînnoiește fără această componentă.
În cazul în care Asigurătorul nu mai oferă Protecția Principală, contractul nu se mai reînnoiește.

Plata primelor de asigurare

Primele de asigurare reprezintă prețul asigurării. Contractantul poate alege frecvența de plată: lunară, trimestrială, semestrială sau anuală.

Contractantul este responsabil de efectuarea plății Primelor de asigurare, în avans, până la Datele scadente, în conformitate cu Polița de asigurare și informările de plată primite de la Asigurător.

Primele de asigurare sunt calculate și garantate până la încheierea anului contractual de asigurare, luând în calcul riscul asigurat conform vârstei Asiguratului, în ani împliniți la data semnării cererii de asigurare și rezultatul evaluării riscului pentru fiecare Asigurat.

La data reînnoirii Contractului de asigurare, Asigurătorul poate modifica primele de asigurare. Pentru calculul noilor prime de asigurare sunt luați în calcul factori de risc precum: vârsta în ani împliniți a Asiguratului la data reînnoirii, eventuale modificări ale condițiilor contractuale, evoluția costurilor serviciilor medicale, numărul evenimentelor asigurate raportat la portofoliu etc. Noile rate de primă se vor aplica de la data reînnoirii Contractului de asigurare, pentru toți Asigurații din Contract.

Contractantul asigurării beneficiază de o perioadă de grație de 60 (șaizeci) de zile calendaristice de la data ultimei scadențe neachitate, timp în care Contractul rămâne în vigoare, dar Evenimentul asigurat este acoperit doar dacă sunt achitate în totalitate primele scadente, inclusiv pentru perioada de timp în care a avut loc spitalizarea Asiguratului. Dacă primele de asigurare datorate nu sunt achitate până la expirarea perioadei de grație, Contractul va fi reziliat unilateral de către Asigurător.

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

Modificări contractuale permise

Pe parcursul desfășurării Contractului, Contractantul poate efectua modificări contractuale, dacă la momentul solicitării nu se înregistrează întârzieri în plata primelor de asigurare.

Contractantul și Asiguratul, prin completarea și semnarea unei Cereri de asigurare și a formularului de modificări contractuale, pot solicita:

- adăugarea de noi Asigurați, în limita celor 10 (zece) permiși în contract. Modificarea se face de la data următoarei scadențe de plată și este confirmată prin emiterea unei noi Polițe de asigurare de către Asigurător;
- schimbarea Protecției principale din accident în Protecție principală din accident și îmbolnăvire pentru Asigurații existenți în contract. Modificarea se face după evaluarea riscului care include și evaluarea stării de sănătate, de la data următoarei scadențe de plată și este confirmată prin emiterea unei noi Polițe de asigurare de către Asigurător. Aceste modificări sunt făcute numai după evaluarea riscului asigurabil și numai dacă riscul asigurat este acceptat de

Asigurător, iar acoperirea va intra în vigoare începând cu noua scadență de plată, după achitarea de către Contractant a noii prime de asigurare.

Schimbarea Protecției principale din accident și îmbolnăvire în Protecție principală din accident sau adăugarea Beneficiului opțional Prevenție pot fi făcută de Contractant și Asigurat, prin completarea formularului de modificări contractuale, fără evaluarea riscului asigurabil. Modificările vor intra în vigoare începând cu noua scadență de plată după achitarea noii prime de asigurare.

Contractantul poate solicita, prin completarea formularului de modificări contractuale, următoarele modificări, care vor intra în vigoare cu data efectuării tranzacției:

- excluderea unor Asigurați din Contractul de asigurare;
- rezilierea Beneficiului opțional Prevenție;
- schimbarea Contractantului, cu condiția ca noul Contractant să respecte toate criteriile de eligibilitate cerute de Asigurător, inclusiv Interesul asigurabil asupra Asiguraților din contractul de asigurare, cu efect imediat după modificarea Contractului.

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

Contractantul poate solicita schimbarea frecvenței de plată a primelor de asigurare, de la data reînnoirii Contractului de asigurare, dacă nu sunt înregistrate întârzieri de plată a primelor de asigurare.

Încetarea Contractului de Asigurare

Contractul de asigurare își încetează efectele în următoarele situații:

- la data denunțării unilaterale a Contractului de către Contractant, cu un preaviz de 20 de zile. În acest caz, Contractul de asigurare va înceta de drept, fără a mai fi necesară îndeplinirea vreunei alte formalități, somații, proceduri etc. și fără intervenția vreunei instanțe judecătorești, la data menționată în notificarea de încetare sau dacă o astfel de dată nu e specificată în mod expres, în ziua calendaristică următoare recepționării de către Asigurător a notificării de încetare.
- la data rezilierii unilaterale de către Asigurător a Contractului de asigurare ca urmare a:
  - neplății primelor de asigurare de către Contractant;
  - furnizării de declarații false de către Contractant sau Asigurat;
  - refuzului de a furniza informații privind datele de identificare personală ale Contractantului sau Asiguratului sau dacă acestea se regăsesc în Listele oficiale ale persoanelor fizice și persoanelor juridice suspecte de săvârșirea sau de finanțarea actelor de terorism. Datele de identificare personale sunt cele prevăzute de Ordinul ASF nr.24/2008 pentru punerea în aplicare a Normelor privind prevenirea și combaterea spălării banilor și a finanțării actelor de terorism prin intermediul pieței asigurătorilor, așa cum a fost modificat și completat;
  - decesului Contractantului persoană fizică, care nu este urmat de preluarea contractului de către Asigurat;
  - încetării existenței Contractantului persoană juridică, care nu este urmată de preluarea Contractului de către Asigurat sau de către entitatea juridică ce dobândește interes asigurabil asupra Asiguratului sau de către altă persoană cu condiția ca noul Contractant să respecte toate criteriile de eligibilitate cerute de Asigurător, inclusiv Interesul asigurabil asupra Asiguraților din contractul de asigurare.

În cazul rezilierii unilaterale de către Asigurător a Contractului de asigurare, Contractul de asigurare va înceta de plin drept la data indicată în notificarea prin care Asigurătorul informează Contractantul asupra încetării Contractului de asigurare.

Încetarea Contractului de Asigurare nu va avea nici un efect asupra obligațiilor deja scadente între părți la data la care Contractul de asigurare își încetează efectele.

Produsul de Asigurare de Sănătate NN nu are valoare de răscumpărare și nici participare la profit și atât în cazul rezilierii contractului, cât și în cazul denunțării acestuia, Contractantul este îndreptățit să primească doar prima de asigurare achitată în avans și neconsumată, dacă este cazul.

Încetarea calității de Asigurat

Calitatea de Asigurat încetează:

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

Toate drepturile și obligațiile Asiguratului ce decurg din Contractul de asigurare și sunt confirmate de Polița de asigurare încetează de drept la data la care Asiguratul nu mai este parte din Contractul de asigurare.
Asigurătorul nu acoperă Evenimentele asigurate întâmplate după data la care Asiguratul nu mai este parte din Contract. Primele de asigurare, plătite după încetarea calității de Asigurat, vor fi restituite integral Contractantului, fără a fi purtătoare de dobândă.

Prevederi generale

Informații utile privind modificările contractuale ce pot fi efectuate sau formulare în uz sunt disponibile pe site-ul Asigurătorului – www.nn.ro.

Lista colaboratorilor/partenerilor medicali este înmânată Contractantului/Asiguratului la momentul semnării Cererii de asigurare, iar părțile convin ca orice actualizare/modificare a acestei liste să fie disponibilă pe pagina de internet a NN Asigurări de Viață S.A. Prin semnarea prezentelor condiții contractuale, sunteți de acord ca orice actualizare/modificare a Rețelei medicale NN să vă fie comunicată prin intermediul paginii de internet a NN Asigurări de Viață S.A, la adresa www.nn.ro/reteaua-medicala

Notificări: Toate notificările, cererile sau comunicările în legătură cu prezentul Contract de Asigurare vor fi făcute în scris și vor fi comunicate Contractantului sau Asiguratului

prin scrisoare transmisă prin poștă sau direct sau prin corespondență electronică (e-mail, SMS).
Notificările/comunicările verbale nu sunt luate în considerare de niciuna dintre Părțile Contractante, cu excepția situațiilor clar prevăzute în prezentele Condiții Contractuale, când Asigurătorul înregistrează convorbirile pentru referințe viitoare.
Asigurătorul este obligat să accepte cu efect juridic documentele ce i-au fost trimise, numai dacă au fost prezentate în formă scrisă și au fost recepționate de către Asigurător.

Beneficii pentru Contractantul asigurării: Prin intermediul partenerului Benefit Systems SRL, operator de date cu caracter personal cu numărul 30788, Asigurătorul oferă Contractantului, persoană fizică, acces gratuit la o gamă largă de discounturi prin intermediul platformei online nn.benefitonline.ro.
Pentru a putea accesa platforma de beneficii, adresa de e-mail, numele, prenumele Contractantului și numărul de contract vor fi transmise de Asigurător către Benefit Systems.
După emiterea poliței de Asigurare, în termen de 2 zile lucrătoare, Benefit Systems va trimite Contractantului un e-mail cu informațiile necesare pentru activarea contului pe platforma de beneficii, Contractantul având opțiunea de a activa sau nu respectivul cont, în condițiile menționate în Termenii și Condițiile specifice acestei platforme.
Accesul la platforma de beneficii încetează în următoarele situații:

- La data încetării Contractului de asigurare;
- La data încetării calității de Contractant;
- La cererea expresă a Contractantului;
- La data la care Asigurătorul notifică Contractantul că nu mai oferă accesul la platforma de beneficii.

Asigurătorul nu poate oferi Contractantului acest beneficiu separat, fiind vorba de un serviciu gratuit, atașat Asigurării de Sănătate NN.

Legislație: Contractul de Asigurare va fi guvernat de legislația română în vigoare.

Modificări ale dispozițiilor legale: În cazul în care la încheierea sau pe parcursul derulării prezentului Contract de Asigurare există sau vor deveni incidente dispoziții legale ce obligă părțile la o anumită conduită sau instituie obligații de natură fiscală în legătură cu Contractul de Asigurare, o asemenea conduită sau obligație de natură fiscală nu va fi în sarcina Asigurătorului decât în măsura în care actul normativ care le instituie stabilește în mod expres acest lucru; altfel, după caz Contractantul/Asiguratul/Beneficiarul este ținut să respecte respectiva conduită sau obligație de natură fiscală. Asigurătorul nu are nici o responsabilitate în cazul în care acesta nu se conformează unei asemenea dispoziții legale.

Nemulțumiri și plângeri: Asiguratul, respectiv Contractantul au dreptul de a solicita oricând informații suplimentare legate de contractul de asigurare prin intermediul agentului de asigurare sau direct la sediul central al Asigurătorului, telefonic sau în scris.
Orice nemulțumire din partea Contractanților/Asiguraților 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 este conform 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 (ASF) 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.

Specimenul de semnătură: Semnătura Asiguratului și a Contractantului de pe Cererea de asigurare sunt considerate specimen de semnătură. Toate solicitările de modificare vor fi luate în considerare dacă vor avea aceeași semnătură ca pe Cererea de asigurare. În cazul în care Asiguratul sau Contractantul își vor schimba semnătura pe parcursul derulării Contractului, vor avea obligația să aducă la cunoștința Asigurătorului acest fapt, printr-un document cu noul specimen de semnătură, documentul respectiv fiind semnat și cu vechea, și cu noua semnătură.

Cheltuieli și taxe: Toate taxele și cheltuielile privind plata primelor sau a beneficiilor încasate pe parcursul contractului sunt suportate de către Contractant sau sunt deduse din orice sumă plătibilă de către Asigurător. Asigurătorul va achita numai contravaloarea examinărilor medicale standard solicitate pentru care confirmă în scris acoperirea costului acestora.

Statutul legal al agentului 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 (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.
Agentul 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 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. Niciun agent de asigurare nu poate aduce modificări contractului de asigurare.
Agentul de asigurare 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.

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

Fondul de garantare a asiguraților: În vederea protejării asiguraților și beneficiarilor asigurării, prin contribuția asigurătorilor (inclusiv a NN Asigurări de Viață S.A.), în temeiul Legii 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 asigurătorul aflat în procedură de faliment. 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.

Confidențialitatea informațiilor și protecția datelor cu caracter personal: Datele confidențiale și datele cu caracter personal (inclusiv informațiile cu caracter medical) furnizate de către Contractant și/sau Asigurat vor fi prelucrate de către Asigurător cu respectarea prevederilor de Regulamentului general privind protecția datelor 679/2016.

Informații detaliate cu privire la scopurile în care sunt prelucrate datele cu caracter personal, precum și transferul acestor date se regăsesc pe Cererea de asigurare.

Prezentele Condiții sunt valabile pentru Contractul de Asigurare de Sănătate încheiat sau reînnoit în perioada 01.01.2020 - 31.12.2020.

Costurile serviciilor medicale acoperite de Protecția principală

Acoperirea este disponibilă în spitalele din România și din afara României până la o limită maximă de 100.000 lei/Asigurat/An contractual de asigurare.

Perioade de așteptare
Evenimentele asigurate din accident menționate în acest tabel sunt acoperite imediat de la data intrării în vigoare a protecției principale, cu excepția spitalizărilor cu sau fără intervenție chirurgicală, pentru tratamentul articulației genunchiului, herniei vertebrale, deviației de sept nazal, cataractei herniei abdominale care sunt despăgubite după 12 luni de acoperire continuă.
Evenimentele asigurate din îmbolnăvire menționate în acest tabel sunt acoperite după o perioadă de așteptare generală de 30 de zile de la data intrării în vigoare a asigurării, cu excepția nașterii, spitalizărilor pentru tratamentul articulației genunchiului, herniei vertebrale, deviației de sept nazal, cataractei, hallux valgus, hernei abdominale, afecțiunilor musculo-scheletale care includ, dar nu se limitează la artrită, osteoporoză, osteomielită, afecțiuni ale discurilor și coloanei vertebrale, lombalgii, mialgii, slăbiciune musculară, afecțiuni ale membrelor, fractură de șold, osteonecroză, fibroamelor sau mioamelor uterine, bolii varicoase, bolii hemoroidale, polipilor nazali, vegetațiilor adenoide, amigdalitei, polipozei gastro-intestinale, sindromului de apnee în somn, glandei tiroide, chisturilor și tumorilor benigne, colecistului, litiazei renale, sinusurilor nazale, endometriozei, trombofiliei, anevrismului aortic, herniei inghinale congenitale, defectului septal atrial sau ventricular, hidronefrozei congenitale, torsiunii testiculară, anevrismului cerebral, bolilor preexistente declarate și acceptate în asigurare care sunt despăgubite după 12 luni de acoperire continuă. Costurile pentru spitalizările cu sau fără intervenție chirurgicală cauzate de defectul septal atrial sau ventricular, hidronefroza congenitală sunt acoperite de asigurare după împlinirea vârstei de 5 ani a asiguratului și după perioada de așteptare specifică de 12 luni.

Evenimente asigurate acoperite de Asigurarea de Sănătate NN		Spitale în Rețeaua medicală NN (decontare directă)	Spitale din afara Rețelei medicale NN (publice sau private) care eliberează factură fiscală pentru serviciile medicale	Spitale publice care nu eliberează factură fiscală
Spitalizare continuă fără intervenție chirurgicală Pentru evenimentele asigurate acoperite, sunt despăgubite costuri pentru: cazare standard, medicație, asistență medicală, onorarii medici, consumabile medicale, tratament medical, proceduri și investigații medicale. **Consultați capitolul Excluderi pentru costurile neacoperite și situațiile în care nu se acordă indemnizația de asigurare.**	Copii până la 14 ani împliniți, spitalizați împreună cu un însoțitor	100% din costuri	80% din costuri, până la maxim 600 lei/zi	600 lei/zi
	Copii până la 14 ani împliniți, spitalizați fără însoțitor	100% din costuri	80% din costuri, până la maxim 450 lei/zi	600 lei/zi
	Copii de la 15 ani și adulți	100% din costuri	80% din costuri, până la maxim 450 lei/zi	450 lei/zi
	Asigurat spitalizat în secția de ATI	100% din costuri	80% din costuri, până la maxim 900 lei/zi	900 lei/zi (pentru 24 de ore continue de spitalizare în secția ATI)
Spitalizare continuă cu intervenție chirurgicală Pentru evenimentele asigurate acoperite, sunt despăgubite costuri pentru: consult preanestezic, cazare standard, medicație, asistență medicală, onorarii medici, consumabile medicale, tratament medical, proceduri și investigații medicale, cost sală operații, anestezie, examen histopatologic pentru	Copii până la 14 ani împliniți, spitalizați împreună cu un însoțitor	100% din costuri (cu excepția materialelor prostetice)	80% din costuri, până la maxim 12.000 lei/eveniment asigurat	600 lei/zi
	Copii până la 14 ani împliniți, spitalizați fără însoțitor	100% din costuri (cu excepția materialelor prostetice)	80% din costuri, maxim 12.000 lei/eveniment asigurat	600 lei/zi

piesele anatomice recoltate intraoperator. **Consultați capitolul Excluderi pentru costurile neacoperite și situațiile în care nu se acordă indemnizația de asigurare.**	Copii de la 15 ani și adulți	100% din costuri (cu excepția materialelor prostetice)	80% din costuri, maxim 12.000 lei/eveniment asigurat	450 lei/zi
	Asigurat spitalizat în secția de ATI	100% din costuri (cu excepția materialelor prostetice)	inclus în costurile acoperite în spitalizarea cu intervenție chirurgicală	900 lei/zi (pentru 24 de ore continue de spitalizare în secția ATI)
Materiale prostetice montate chirurgical (stenturi, plase, materiale de osteosinteză, proteze etc.) Sunt acoperite costurile pentru materiale prostetice necesare ca parte a tratamentului, în limita menționată, în funcție de spitalul la care are loc intervenția chirurgicală de montare a dispozitivului.	maximum 5.000 lei/ intervenție chirurgicală	inclus în costurile acoperite în spitalizarea cu intervenție chirurgicală	costurile nu sunt acoperite	
Spitalizare de zi pentru administrarea medicației citostatice Sunt acoperite costurile pentru: cazarea standard, asistență medicală, procedurile medicale și consumabilele necesare administrării citostaticelor, costul medicației administrate pentru efectele secundare ale chimioterapiei în timpul spitalizării, costurile investigațiilor de stadializare a bolii neoplazice incluse în programul de tratament chimioterapic și efectuate în spitalizare de zi, între ciclurile de chimioterapie. **Nu sunt acoperite și despăgubite costurile medicației citostatice**	100% din costuri (cu excepția materialelor prostetice)	80% din costuri, până la maxim 450 lei/zi	250 lei/zi	
Spitalizare de zi pentru intervenție chirurgicală în spital sau intervenţie chirurgicala în ambulatoriul de specialitate de chirurgie Sunt acoperite costurile pentru: cazare standard, asistență medicală, onorariu medici, proceduri și investigații, cost sală operații, anestezie, examen histopatologic pentru piesele anatomice recoltate intraoperator	100% din costuri (cu excepția materialelor prostetice)	80% din costuri, până la maxim 12.000 lei/eveniment asigurat	450 lei/eveniment asigurat	
Indemnizația pentru naștere Pentru Protecția principală din accident și îmbolnăvire, după 12 luni de asigurare continuă, se plătește Asiguratului (mama) indemnizația pentru naștere. Indiferent de numărul nou născuților și indiferent de procedura de naștere (cezariană, naștere naturală), este acordată o singură indemnizație pentru naștere. **Orice alte costuri de spitalizare sau intervenție chirurgicală cauzate de naștere nu sunt acoperite.**	1.500 lei	1.500 lei	1.500 lei	
Indemnizația pentru copil nou născut Pentru Protecția principală din accident și îmbolnăvire, după 12 luni de asigurare continuă, se plătește Asiguratului indemnizația pentru copilul nou născut. Pentru fiecare copil nou născut se acordă indemnizația o singură dată.	1.500 lei	1.500 lei	1.500 lei	

Definiții

Accident	Orice întâmplare neașteptată și imprevizibilă care cauzează vătămări corporale imediate din cauza acțiunii unor factori externi și care apare independent de voința Asiguratului. Evenimentele asigurate cauzate de Accident sunt acoperite doar dacă sunt întrunite, simultan, următoarele condiții: 1. Accidentul este documentat medico-legal imediat după producerea lui; 2. Accidentul se întâmplă pe durata de valabilitate a Contractului de asigurare; 3. Contractul este valabil la data Evenimentului asigurat și sunt achitate în totalitate primele scadente, inclusiv pentru perioada de timp în care a avut loc spitalizarea Asiguratului. 4. Evenimentul asigurat este anunțat în maximum 12 luni de la data producerii Accidentului; 5. La Data Evenimentului asigurat este în vigoare aceeași Protecție principală a Asiguratului valabilă și la data Accidentului. 6. Evenimentul asigurat nu s-a produs în perioada de așteptare specifică. 7. Evenimentul asigurat nu se încadrează în excluderile detaliate în Capitolul „Excluderi-costuri neacoperite de Asigurarea de Sănătate NN și pentru care indemnizația de asigurare nu este plătită”.
Afecțiune/Boală congenitală	Orice anomalie genetică, fizică, (bio)chimică sau morfologică, defect sau malformație prezentă de la naștere, manifestată sau nu de la naștere, precum și orice anomalie neo-natologică dezvoltată în primele 6 (șase) luni de la naștere.
Afecțiune/Boală preexistentă	Orice leziune, boală sau consecințele acestora, de care Asiguratul a suferit, ale cărei semne/simptome/manifestări obiective au apărut înaintea datei de intrare în vigoare a Contractului de asigurare/datei la care Protecția principală a fost atașată contractului/datei la care Asiguratul a semnat cererea de asigurare, indiferent dacă Asiguratul a solicitat, i-a fost recomandat sau a urmat tratament prescris de un medic.
An contractual de asigurare	Perioada de 12 (douăsprezece) luni cuprinsă între două date succesive de reînnoire a Contractului de asigurare. Primul an de asigurare începe la data semnării cererii de asigurare inițiale.
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.
Autorizare prealabilă	Verificarea eligibilității Asiguratului, de către MedNet, pentru tratamentul de spitalizare și intervenție chirurgicală cerut de către Asigurat, înainte de internarea Asiguratului în spital.
Autorizare inițială	Autorizarea de către MedNet a serviciilor medicale necesare Asiguratului în timpul spitalizării într-un spital din Rețeaua medicală NN.
Beneficiarul plăților	Furnizorul de servicii medicale (Spitalul din Rețeaua medicală NN)/Asiguratul care primește Indemnizația de asigurare.
Benefit Systems	Benefit Systems SRL, cu sediul în București, Str. Sergiu Dumitru nr. 3, sector 1, România, înregistrată la Registrul Comerțului sub nr. J40/845/25.01.2013, CUI 31140616, pune la dispoziție și administrează o platformă online prin intermediul căreia Contractanții Asigurării de Sănătate NN pot selecta și accesa beneficiile/ofertele speciale din diverse categorii (de exemplu, training-uri, cursuri de limbi străine, activități sportive, cultură, sănătate, călătorii sau educație).
Cazare standard	Cazare și masă pentru o noapte de spitalizare într-o rezervă cu 1-2 paturi, definită și clasificată drept "standard" de către Spital. Costurile rezonabile pentru Cazarea standard sunt rambursate conform contractului încheiat între NN și spitalele din Rețeaua medicală NN sau conform limitelor prevăzute pentru un spital din afara Rețelei medicale NN.
Cererea de asigurare	Formular tipizat, ce conține, printre altele, datele de identificare și chestionarul medical și care este completat și semnat de către Contractant și Asigurați, în vederea încheierii Contractului de asigurare. Dacă Asiguratul este un copil mai mic de 18 ani, Cererea de asigurare va fi semnată de unul dintre părinți sau tutore.
Cost rezonabil	Costul corespunzător tratamentului medical, care este urmarea a unor necesități medicale, car nu depășește nivelul general al tarifelor/costurilor practicate în spitale similare sau comparabile, pentru tratarea unor pacienți de aceeași vârstă, sex, cu leziuni, boli sau afecțiuni asemănătoare, în conformitate cu standardele medicale acceptate, fără a afecta în niciun fel sănătatea Asiguraților.
Data intrării în vigoare a contractului	Data la care Cererea de asigurare a fost semnată de Asigurat, înscrisă în Polița de asigurare, cu condiția emiterii acesteia.

Data scadentă a primei de asigurare	Data calendaristică la care Prima de asigurare este datorată Asigurătorului, menționată ca atare în Polița de asigurare.
Data Evenimentului Asigurat	Data Evenimentului asigurat este data internării Asiguratului în spital.
Data reînnoirii contractului	Data la care s-a împlinit 1 (un) an de la data intrării în vigoare a contractului de asigurare sau de la ultima reînnoire a contractului de asigurare.
Eveniment asigurat	Pentru protecția principală din Accident, evenimentul asigurat este spitalizarea cu sau fără intervenție chirurgicală suferită de Asigurat, pe perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, cauzată de un Accident. Pentru protecția principală din Accident și Îmbolnăvire, evenimentul asigurat este spitalizarea cu sau fără intervenție chirurgicală suferită de Asigurat, pe perioada de valabilitate a Contractului de asigurare, cauzată de un Accident sau o Îmbolnăvire. Evenimentul asigurat trebuie să constituie o necesitate medicală. Tratamentele medicale primite de asigurat în afara spitalizării, spitalizările întâmplate înainte sau după terminarea contractului de asigurare ori în timpul perioadelor de așteptare nu constituie evenimente asigurate.
Factura fiscală	Document contabil emis de un spital către asigurat care cuprinde costurile aferente perioadei de spitalizare și tratamentului administrat în această perioadă. În cazul asiguraților copii sunt acceptate facturile fiscale emise către aparținătorii acestora.
Indemnizație de asigurare	Suma plătită de către Asigurător, ca urmare a producerii Evenimentului asigurat. Asigurătorul va plăti, după caz: • costurile serviciilor medicale pentru spitalizări cu sau fără intervenții chirurgicale, autorizate de MedNet în numele Asigurătorului, incluse în factura fiscală eliberată către asigurat de Spitalul privat sau public, din Rețeaua medicală NN sau din afara Rețelei medicale NN, în limitele specificate în "Costurile serviciilor medicale acoperite de Protecția principală" din prezentele Condiții Contractuale. • echivalentul numărului de nopți de spitalizare înmulțit cu o sumă fixă de bani (pentru spitalizarea continuă) sau o sumă fixă per eveniment asigurat (pentru spitalizarea de zi), așa cum este menționat in "Costurile serviciilor medicale acoperite de Protecția principală", pentru serviciile medicale primite de Asigurat într-un Spital public, pentru care nu s-a eliberat factură fiscală către Asigurat.
Interes asigurabil	Cerință esențială pentru valabilitatea contractului de asigurare, reprezentând motivația financiară intrinsecă a Contractantului asigurării ca Asiguratul să-și mențină starea de sănătate.
Intervenție chirurgicală	Oricare din următoarele proceduri sau tehnici medicale efectuate asupra Asiguratului: 1. incizie, excizie sau electro-cauterizare asupra oricărui organ sau parte a corpului, cu excepția celor stomatologice; 2. refacerea, revizuirea sau reconstrucția oricărui organ sau parte a corpului, prin tehnici invazive sau neinvazive; 3. reducerea unei fracturi sau a unei dislocări articulare; 4. utilizarea endoscopului pentru extragerea unui calcul sau a unui corp străin din laringe, bronhii, trahee, esofag, stomac, intestine, vezică urinară sau uretră.
Îmbolnăvire	Modificare organică sau funcțională a stării normale de sănătate a Asiguratului, diagnosticată de un medic de specialitate și care necesită tratament medical.
MedNet	Med Net Grecia S.A. Atena Sucursala București, cu sediul în Bd. Iancu de Hunedoara nr. 54B, Avantgarde Office Building, etaj 1, sector 1, București, înregistrat la Registrul Comerțului sub nr. J40/15017/09.12.2015, CUI 35309930, reprezintă NN Asigurări de Viață S.A. în vederea facilitării accesului Asiguratului la serviciile medicale acoperite contractual, oferă suport administrativ Asiguraților și soluționează evenimentele asigurate.
Necesitate medicală	Orice serviciu medical care întrunește simultan următoarele caracteristici: 1. este în concordanță cu diagnosticul și reprezintă tratamentul medical standard pentru un accident sau o îmbolnăvire acoperite de asigurare; 2. este în conformitate cu standardele de bune practici medicale, cu standardele actuale de îngrijire medicală și dovedește beneficii medicale pentru Asigurat; 3. este adresat unor situații medicale care pot fi tratate doar într-un spital și doar dacă Asiguratul este spitalizat; 4. nu este practicat în scop experimental, investigațional, de cercetare medicală, de screening sau preventiv; 5. are un cost rezonabil, în standardele obișnuite, pentru tratamentul corespunzător situațiilor medicale cărora li se adresează.

Perioada de grație	Perioada de 60 de zile calendaristice, de la data ultimei scadențe neachitate în care Contractul este valabil, dar în care Evenimentului asigurat este acoperit numai după ce au fost achitate în totalitate primele scadente, inclusiv pentru perioada de timp în care a avut loc spitalizarea Asiguratului.
Perioada de așteptare	O perioadă de timp, de la Data intrării în vigoare a Contractului sau de la data adăugării unei noi Protecții principale sau de la data adăugării unui nou Asigurat în Contract, în care Asigurătorul nu plătește nicio Indemnizație de asigurare (perioada generală de așteptare) și/sau în care Asigurătorul nu plătește Indemnizația de asigurare pentru o serie de situații specifice (perioadă de așteptare specifică).
Poliță	Documentul care confirmă încheierea Contractului de asigurare. Polița este emisă de Asigurător și conține, printre altele, Data începerii și data reînnoirii asigurării, extraprime sau excluderi personalizate (dacă este cazul).
Rețeaua medicală NN	Rețeaua medicală NN cuprinde: • Spitalele cu care NN Asigurări de Viață are contract de colaborare și în care Asigurații au acces la servicii medicale de spitalizare decontate direct între Asigurător și Spital. • Clinici medicale cu care NN are contract de parteneriat și în care Asigurații care au atașat pe contract Beneficiul opțional Prevenție, au acces la servicii medicale de Prevenție. Lista spitalelor și clinicilor din Rețeaua medicală NN este disponibilă pe site-ul oficial NN Asigurări de Viață S.A. – www.nn.ro
Scadența de plată	Data la care primele de asigurare sunt datorate Asigurătorului, menționată ca atare în Poliță.
Spital	Unitate sanitară cu paturi, de utilitate publică, cu personalitate juridică, constituită conform legii, ce furnizează servicii medicale, prin personal calificat (medici și asistenți medicali). Nu se consideră a fi Spital: instituțiile destinate îngrijirii alcoolicilor sau persoanelor dependente de droguri, sanatoriile (balneo-climaterice, TBC, de recuperare neuro-psihomotorie), instituțiile pentru tratarea bolilor psihice, instituțiile de reabilitare și recuperare, instituțiile pentru îngrijiri paleative, azilurile/casele de îngrijire pentru bătrâni.
Secția de terapie intensivă (ATI)	Secție a Spitalului, operațională 24 de ore din 24, care se ocupă doar de tratamentul pacienților în stare critică și care este echipată pentru a oferi servicii de asistență medicală care nu sunt disponibile în altă secție a spitalului.
Spitalizare continuă	Intervalul de timp, exprimat în număr de nopți, petrecut de Asigurat într-un Spital în care a fost internat, la recomandarea unui medic, i-a fost rezervat un pat pentru una sau mai multe nopți consecutive, urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri.
Spitalizare de zi	Intervalul de timp petrecut de Asigurat într-un spital în care a fost internat la recomandarea unui medic, i-a fost rezervat un pat pentru maximum 12 ore, fără a fi cazat peste noapte, pentru o intervenție chirurgicală sau pentru administrarea medicației chimioterapice. Spitalizarea de zi sau ambulatorie pentru intervenția chirurgicală se poate desfășura în mai multe tipuri de unități medicale: • Spitale de stat în care se practică și operații în sistemul de "o zi"; • Centre chirurgicale private de tip spital unde se operează în sistemul de "o zi"; • Policlinici și cabinete de specialitate cu profil chirurgical fără posibilitate de internare, eventual cu o supraveghere de scurtă durată.
Urgență medicală în spitalizare de zi sau continuă	Îngrijire medicală imediată, necesară în urma unei Îmbolnăviri sau a unui Accident care survine brusc și neașteptat, în scopul menținerii vieții, a funcțiilor vitale sau pentru evitarea pierderii unui organ sau a funcțiilor acestuia.

Gerke Anno Witteween
Director Executiv Financiar

Gabriela Lupaş Ţicu
Director Arie Marketing şi Operațiuni

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