

ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ PENTRU BOLI GRAVE (COD HSC) – CONDIȚII DE ASIGURARE SPECIFICE



Conținut:

Articolul 1 - Prevederi generale	2
Articolul 2 - Definiții specifice	2
Articolul 3 - Obiectul asigurării și Indemnizația de asigurare	4
Articolul 4 - Intrarea în vigoare și durata asigurării suplimentare	4
Articolul 5 – Prima de asigurare	5
Articolul 6 - Procedura care trebuie urmată pentru a beneficia de indemnizația corespunzătoare prezentei asigurări suplimentare	5
Articolul 7 - Excluderi specifice	6
Articolul 8 - Dispoziții finale	7



Art.1 Prevederi generale

- 1.1. Prezentele condiții specifice sunt adiționale Condițiilor Generale de asigurare privind asigurarea de viață.
- 1.2. Toate prevederile Condițiilor Generale privind asigurarea de viață sunt valabile în măsura în care nu contravin prevederilor din prezentele Condiții specifice.
- 1.3. Această asigurare suplimentară este emisă pentru diagnosticarea cu o boală gravă a Asiguratului desemnat prin contractul de asigurare în perioada de valabilitate a asigurării, conform opțiunii exprimate de către Contractantul asigurării, cu acordul Asiguratului, la momentul semnării cererii de asigurare sau la o dată ulterioară într-o formă acceptată de Societate.
- 1.4. Pentru emiterea acestei asigurări suplimentare este necesară plata unei prime suplimentare. Valoarea acesteia este menționată în polița de asigurare sau în anexele acesteia.
- 1.5. Pe durata prezentei asigurări suplimentare, prima de asigurare se poate modifica în următoarele situații:
- ✓ În funcție de vârsta Asiguratului, conform mențiunilor din polița de asigurare.
 - ✓ Societatea își rezervă dreptul de a modifica condițiile și primele de asigurare menționate anterior începând cu a 5-a aniversare. Modificarea primelor de asigurare va ține cont de parametrii de bază care pot influența evoluția costurilor și beneficiilor oferite, bazate pe experiența Societății. Termenii și condițiile precum și prima de asigurare modificată vor fi transmise spre acceptare Contractantului poliței de asigurare cu minimum 20 zile înainte de fiecare aniversare a contractului de asigurare. Contractantul are dreptul de a refuza plata primei de asigurare modificată sau de a achita integral până la data scadenței sau în perioada de grație prima corespunzătoare. Dacă prima de asigurare modificată nu este plătită integral până la finalul perioadei de grație, prezenta asigurare suplimentară va înceta de drept la data aniversării prin neacceptarea modificării de primă propuse.
- 1.6. Această asigurare suplimentară nu poate continua fără asigurarea principală.
- 1.7. Transformarea contractului în unul liber de plata primelor de asigurare va antrena rezilierea prezentei asigurări suplimentare.
- 1.8. Prezenta asigurare suplimentară nu oferă posibilitatea răscumpărării și nici a participării la rezultatul investițional.

Articolul 2 - Definiții specifice

2.1 Cancer, cu excepția cazurilor mai puțin avansate: orice boală malignă caracterizată prin creșterea necontrolată și răspândirea necontrolată a celulelor maligne care invadează țesuturi de tip histologic diferit. Diagnosticul trebuie să fie susținut de dovezi histologice sau - în cazul cancerelor sistemice - citologice. Pentru definiția de mai sus, **nu sunt acoperite următoarele:**

- ✓ Cancerul in-situ
- ✓ Bolile maligne ale pielii, altele decât melanomul malign, care au evoluat cel puțin până la clasificarea clinică T2N0M0;
- ✓ Boli maligne ale prostatei care au clasificarea TNM (UICC, începând cu 2017) T1N0M0;
- ✓ Carcinom papilar al tiroidei cu clasificare TNM (UICC, începând cu 2017) T1N0M0;
- ✓ Orice leucemie care nu a provocat anemie relevantă din punct de vedere clinic.

În scopul clarificării, orice boală sau afecțiune descrisă sau clasificată ca fiind una dintre următoarele nu este **considerată cancer** în sensul definiției de mai sus:

- ✓ pre-malignă;
- ✓ neinvazivă;
- ✓ având o malignitate limită sau un potențial malign scăzut;
- ✓ displazie cervicală CIN-1, CIN-2 sau CIN-3.

2.2 Cancer minor – 20% din suma asigurată:

a. se referă la oricare dintre următoarele boli maligne care se caracterizează prin creșterea necontrolată și răspândirea celulelor maligne. Diagnosticul trebuie să fie susținut de dovezi histologice.

b. Cancerul minor include, de asemenea, anumite carcinoame in-situ care se dezvoltă din celule epiteliale, dar care nu invadează țesuturile înconjurătoare. Condiția pentru plata indemnizației parțiale este ca un carcinom in-situ diagnosticat să implice întreaga grosime a epiteliului.

c. Asiguratorul **plătește întreaga sumă asigurată (100%)** în cazul următoarelor diagnostice:

- ✓ Carcinom in-situ al sânelui (cod ICD-10 D05) care necesită mastectomie
- ✓ Cancer de prostată (cod ICD-10 C61) de clasificare TNM (UICC, începând cu 2017) T1N0M0 care

necesită prostatectomie parțială sau completă pentru tratamentul cancerului de prostată (care nu a fost descoperit întâmplător în momentul prostatectomiei)

d. Cancerul minor se limitează la următoarele diagnostice:

- ✓ Melanom malign (cod ICD-10 C43) de clasificare TNM (UICC, începând cu 2017) T1N0M0
- ✓ Cancer de piele cu celule scuamoase (cod ICD-10 C44.9) de dimensiuni >2cm
- ✓ Carcinom papilar al tiroidei (cod ICD-10 C73) din clasificarea TNM (UICC, din 2017) T1N0M0
- ✓ Cancer de prostată (cod ICD-10 C61) de clasificare TNM (UICC, începând cu 2017) T1N0M0
- ✓ Carcinom in-situ al cavității bucale, esofagului și stomacului (cod ICD-10 D00)
- ✓ Carcinom in-situ al altor organe digestive și al altor organe digestive nespecificate (cod ICD-10 D01)
- ✓ Carcinom in-situ al urechii medii și al sistemului respirator (cod ICD-10 D02).
- ✓ Carcinom in-situ al sânului (cod ICD-10 D05).
- ✓ Carcinom in-situ al colului uterin (cod ICD-10 D06, inclusiv CIN III) cu histerectomie parțială sau completă.
- ✓ Carcinom in-situ al altor organe genitale și al organelor genitale nespecificate (cod ICD-10 D07).
- ✓ Carcinom in-situ al vezicii urinare (cod ICD-10 D09.0).

2.3 Atac de cord -100% din suma asigurată:

a. conduce la afectarea funcției cardiace, ceea ce înseamnă moartea mușchiului cardiac într-o zonă limitată din cauza unei ocluzii a arterelor coronare, fiind evidențiat prin toate simptomele următoare:

Simptomele tipice ale unui atac de cord acut

Noi modificări caracteristice ale electrocardiogramei (ECG) sugestive de atac de cord

Creșterea tranzitorie a troponinei cardiace T sau I sau a enzimelor cardiace, inclusiv a CKMB, peste nivelurile de referință de laborator general acceptate pentru atac de cord

Dovada reducerii permanente a fracției de ejeție a ventriculului stâng sub 50% din cauza atacului de cord, măsurată cel mai devreme la o lună după eveniment.

b. Pentru definiția de mai sus, **nu sunt acoperite** următoarele:

- ✓ Orice eveniment care nu a fost confirmat ca fiind un atac de cord de către un cardiolog sau un medic.
- ✓ Atacul de cord de vârstă nedeterminată sau orice atac de cord care nu a fost primul atac de cord al persoanei asigurate.
- ✓ creștere a biomarkerilor cardiaci cauzată direct de o procedură cardiacă intraarterială, inclusiv, dar fără a se limita la, angiografia coronariană și angioplastia coronariană.

2.4. Accident vascular cerebral – 100% din suma asigurată: are ca rezultat o disfuncție neurologică permanentă severă

a. Înseamnă moartea țesutului cerebral sau a măduvei spinării într-o zonă limitată, cauzată de o hemoragie acută netraumatică sau de o ischemie în interiorul craniului sau al coloanei vertebrale, care are ca rezultat o disfuncție neurologică severă permanentă și ireversibilă.

Diagnosticul trebuie să fie susținut de o tehnică de imagistică (de exemplu, tomografie computerizată (CT), imagistică prin rezonanță magnetică (IRM)) care să dovedească legătura dintre noua disfuncție neurologică și zona nou afectată din interiorul craniului sau al coloanei vertebrale.

b. Accidentul vascular cerebral trebuie să aibă ca rezultat o disfuncție neurologică care provoacă incapacitatea permanentă și ireversibilă a asiguratului:

- ✓ de a efectua cel puțin una din cele șase activități ale vieții cotidiene (ADL) descrise în anexă sau
- ✓ de a comunica cu mediul înconjurător prin vorbire verbală sau
- ✓ de a obține un scor mai mare de 15 la MMSE.

Evaluarea disfuncției neurologice permanente și ireversibile se poate face nu mai devreme de 3 luni de la producerea accidentului vascular cerebral.

c. Pentru definiția de mai sus, **nu sunt acoperite** următoarele:

- ✓ Atacul ischemic tranzitoriu (AIT)
- ✓ Accident vascular cerebral de vârstă nedeterminată
- ✓ Diagnosticarea accidentului vascular cerebral bazat doar pe biomarkeri
- ✓ Accident vascular cerebral care afectează doar funcționalitatea olfactivă sau vestibulară sau ochiul

2.5. Perioadă de supraviețuire: Indemnizația va deveni plătită în cazul în care membrul supraviețuiește unei perioade de 30 de zile de la data primului diagnostic al uneia dintre condițiile standard de boli grave.

2.6. Perioadă de Așteptare: Primele 90 de zile calendaristice de valabilitate a asigurării suplimentare în care Asiguratorul nu acoperă evenimentul asigurat.

Articolul 3 – Obiectul asigurării și indemnizația de asigurare

3.1. În schimbul achitării primei de asigurare, Asiguratorul garantează plata indemnizației de asigurare la producerea evenimentului asigurat – cancer, cancer minor, atac de cord, accident vascular cerebral - pe durata de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare. Se va considera ca un eveniment asigurat este valid pentru despăgubire dacă evenimentul s-a produs după **perioada de așteptare** și Asiguratul a depășit **perioada de supraviețuire**.

3.2. Indemnizația de asigurare cumulată nu poate depăși 100% pe fiecare risc asigurat și 300% pe toată durata contractului. La atingerea plafonului de 300%, asigurarea suplimentară se va rezilia.

3.3. Între 2 evenimente asigurate trebuie să existe o perioadă de minim 12 luni.

3.4. Dreptul de a beneficia de indemnizațiile prezentei asigurări suplimentare încetează:

- ✓ la expirarea prezentei asigurări suplimentare;
- ✓ la data decesului Asiguratului;
- ✓ din momentul rezilierii prezentei asigurări suplimentare;
- ✓ dacă Contractantul nu a plătit prima de asigurare scadentă la expirarea perioadei de grație, așa cum se precizează la **art. "Plata primelor de asigurare"** din condițiile generale ale asigurării;
- ✓ în cazul plății a 300% din suma asigurată prevăzută în polița de asigurare.

Articolul 4 – Intrarea în vigoare și durata asigurării suplimentare

4.1 Prezenta asigurare suplimentară poate intra în vigoare la momente diferite astfel:

a) La data intrării în vigoare a contractului de asigurare, în cazul în care Contractantul a optat pentru această asigurare suplimentară, concomitent cu încheierea contractului de asigurare.

b) La data următoarelor aniversări lunare a contractului, pentru cazul în care Contractantul a optat pentru această asigurare în timpul anului de asigurare, în următoarele condiții:

- i. Contractantul a completat o solicitare către Asigurator pe parcursul anului de asigurare, în perioada de valabilitate a acestuia;
- ii. Plata primei de asigurare suplimentare aferentă perioadei până la următoarea dată scadentă a fost efectuată corect în contul Asiguratorului;
- iii. Acoperirea a fost evaluată și acceptată de către Asigurator.

c) La data repunerii în vigoare a contractului de asigurare, în cazul în care acesta a fost reziliat sau transformat în contract liber de plata primelor și ulterior repus în vigoare, cu respectarea prevederilor din Condițiile generale de asigurare.

4.2 Acoperirea prin asigurare va începe la data intrării în vigoare și/ sau repunerii în vigoare a contractului de asigurare, sub rezerva plății primei de asigurare. Pentru evenimentele asigurate determinate de boli acoperirea începe după o **perioadă de așteptare de 90 zile** de la intrarea în vigoare și/ sau repunerea în vigoare a contractului de asigurare, sub rezerva plății primei de asigurare.

4.3 Durata asigurării suplimentare este durata menționată în contractul de asigurare și/sau în anexele acestuia.

Articolul 5 – Prima de asigurare

5.1 Primele de asigurare pentru prezenta asigurare suplimentară se plătesc în aceeași monedă cu primele eșalonate pentru contractul de asigurare, respectând modalitatea de plată stabilită în contractul de asigurare.

5.2 În cazul în care asigurarea suplimentară intră în vigoare la următoarea aniversare lunară a contractului, prima primă de asigurare suplimentară plătită va reflecta perioada de risc cuprinsă între data aniversării lunare și data următoarei scadente.

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

5.4 Primele se calculează în funcție de suma asigurată și de vârstă. Nivelul primelor se modifică la fiecare aniversare a contractului de asigurare în funcție de vârsta curentă a persoanei asigurate.

5.5 Pe durata prezentei asigurări suplimentare, Asigurătorul își rezervă dreptul să modifice prima de asigurare, în conformitate cu prevederile **art. 1.5**, atunci când există o variație semnificativă a ratei de daună de la ultima modificare a primelor de asigurare. Rata daunei reprezintă raportul dintre daunele plătite și primele înregistrate pentru această asigurare suplimentară. Modificările se aplică începând cu data aniversară a contractului de asigurare.

Articolul 6 – Procedura care trebuie urmată pentru a beneficia de indemnizația corespunzătoare prezentei asigurări suplimentare

6.1 În cazul diagnosticării Asiguratului cu una din bolile grave pe durata de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, Asigurătorul trebuie să fie înștiințat prin notificare scrisă de către Asigurat în termen de 15 zile lucrătoare de la producerea evenimentului, mai puțin cazurile de forță majoră.

Odată cu **Formularul de notificare privind producerea evenimentului asigurat** completat, vor fi furnizate Asigurătorului, următoarele documente:

A. pentru fiecare diagnostic primar de carcinom in-situ:

- ✓ Copia actului de identitate al Asiguratului;
- ✓ Document bancar din care să reiasă codul IBAN al beneficiarului, deschis în moneda poliței
- ✓ Diagnosticul de carcinom in-situ trebuie să fie susținut de un raport histopatologic. Mai mult, diagnosticul de Carcinom in-situ trebuie să fie diagnosticat pozitiv pe baza unui examen microscopic al țesutului fixat, susținut de un rezultat de biopsie. Diagnosticul clinic nu îndeplinește acest standard;
- ✓ raportul medicului specialist (oncolog, ginecolog, chirurg, neurochirurg etc.) care confirmă diagnosticul sau o copie a biletului de externare;
- ✓ copie a fișei medicale din dosarul medicului de familie care confirmă istoricul medical - fiecare pagină trebuie să fie numerotată, parafată și semnată în original, pentru conformitate;
- ✓ alte documente medicale solicitate de Asigurător pentru confirmarea istoricului medical, a datei de apariție a primelor simptome ale afecțiunii și a datei diagnosticului.

B. pentru cancer:

- ✓ copia actului de identitate al Asiguratului;
- ✓ document bancar din care să reiasă codul IBAN al beneficiarului, deschis în moneda poliței
- ✓ raportul medicului specialist (oncolog, hematolog, ginecolog, chirurg, neurochirurg etc.) care stabilește diagnosticul sau copia biletului de externare;
- ✓ examenul histopatologic și testele imunohistochimice care confirmă diagnosticul și stadializarea;
- ✓ copie a fișei medicale din dosarul medicului de familie care confirmă istoricul medical - fiecare pagină trebuie să fie numerotată, parafată și semnată în original, pentru conformitate;
- ✓ alte documente medicale solicitate de Asigurător privind istoricul medical, data apariției primelor simptome ale afecțiunii și data diagnosticului.

C. pentru accident vascular cerebral sau atac de cord:

- ✓ copia actului de identitate al Asiguratului;
- ✓ document bancar din care să reiasă codul IBAN al beneficiarului, deschis în moneda poliței;
- ✓ raportul medicului specialist care stabilește diagnosticul sau copia biletului de externare;
- ✓ rezultatele investigațiilor medicale (CT, RMN, EKG etc) care confirmă diagnosticul;
- ✓ copie a fișei medicale din dosarul medicului de familie care confirmă istoricul medical - fiecare pagină trebuie să fie numerotată, parafată și semnată în original, pentru conformitate;
- ✓ alte documente medicale solicitate de Asigurător privind istoricul medical, data apariției primelor simptome ale afecțiunii și data diagnosticului.

6.2 Pentru clarificarea împrejurărilor producerii evenimentului asigurat, Asigurătorul poate să solicite documente suplimentare.

6.3 În cazul în care unul sau mai multe documente din cele menționate mai sus sunt emise într-o limbă străină, acestea trebuie să fie prezentate Asigurătorului în traducere autorizată în limba română.

6.4 În conformitate cu rezultatul cercetărilor întreprinse de către Asigurător, contravaloarea indemnizației corespunzătoare prezentei asigurări suplimentare este plătită într-un termen de 15 zile lucrătoare de la data prezentării de către Asigurat a ultimului document solicitat de către Asigurator.

6.5 Această asigurare are o **perioadă de așteptare de 90 zile**, în care Asigurătorul nu va acoperi riscul pentru evenimentele asigurate cauzate de o îmbolnăvire. Perioada de așteptare va fi calculată în funcție de momentul în care a fost încheiată asigurarea suplimentară, după cum urmează:

de la data intrării în vigoare a asigurării;

de la data repunerii în vigoare a asigurării pentru contractele reziliate prin neplată/ transformate în contracte libere de plata primelor și ulterior repuse în vigoare;

de la data intrării în vigoare a sumei asigurate mărite și se aplică pe diferența de sumă asigurată.

Articolul 7 – Excluderi specifice

7.1 Excluderile aplicabile asigurării suplimentare în cazul producerii evenimentului asigurat sunt cele prezentate în cadrul **art 4. “Excluderi”** din Condițiile generale ale asigurării de viață și se completează cu următoarele excluderi specifice:

- ✓ diagnosticarea nu se încadrează în definițiile prezentate la art 2;
- ✓ afecțiuni diagnosticate sau manifestate clinic înainte de intrarea în asigurare, care nu au fost declarate și care ar fi dus la neacordarea asigurării suplimentare sau la acordarea acesteia în alt mod;
- ✓ existența unei afecțiuni care a cauzat evenimentul asigurat și care a apărut ca urmare a agravării unei afecțiuni preexistente la momentul intrării în asigurare și care nu a fost declarată în cererea de asigurare;
- ✓ diagnostice și investigațiile medicale care sunt efectuate în perioada de așteptare;
- ✓ în caz de deces al Asiguratului în timpul perioadei de așteptare, Asigurătorul nu este obligat să plătească indemnizația de asigurare.

Articolul 8 – Dispoziții finale

8.1 Asigurătorul își rezervă dreptul de a efectua investigații pe cont propriu pentru a se lămurii asupra consecințelor și împrejurărilor în care s-a produs evenimentul asigurat.

8.2 Asigurătorul are dreptul ca în numele Contractantului, dar pe propria cheltuială să acționeze în justiție terții care sunt răspunzători pentru producerea evenimentului asigurat pentru care Asiguratul a fost despăgubit în condițiile prezentei clauze.

8.3. Limitele prezentei asigurări suplimentare, se regăsesc în **Tabelul cu informații tehnice privind asigurările suplimentare**.