

Asigurare suplimentară pentru îmbolnăviri grave (cod IGH) - Condiții de asigurare specifice

Prezentele condiții specifice sunt adiționale Condițiilor Generale de asigurare privind asigurarea de viață.

Toate prevederile Condițiilor Generale privind asigurarea de viață sunt valabile în măsura în care nu contravin prevederilor din prezentele Condiții specifice.

Art. 1 Caracteristici specifice

Asigurarea suplimentară pentru îmbolnăviri grave ale Asiguratului are următoarele caracteristici:

- se încheie condiționat de încheierea pentru același Asigurat a unei asigurări de viață;
- nu poate fi continuată fără asigurarea de viață la care este adăugată;
- nu oferă posibilitatea unui randament investițional adițional;
- nu oferă posibilitatea de răscumpărare;
- transformarea contractului în unul liber de plată a primelor va antrena rezilierea prezentei asigurări suplimentare;

Prezentele condiții de asigurare fac parte integrantă din contractul de asigurare.

Art. 2 Definiții specifice

2.1. Boli grave

2.1.1. Cancer - Prezența uneia sau a mai multor tumori maligne care se caracterizează prin creștere progresivă și necontrolată a unor celule maligne precum și prin răspândirea acestora prin invazia și distrugerea țesutului sănătos. Necesitatea medicală trebuie să ia în considerare aplicarea unor tratamente sau intervenții chirurgicale majore sau tratamente paliative trebuie să fi fost inițiate.

Cancerul trebuie să fie diagnosticat pozitiv cu confirmare histopatologică.

Următoarele tipuri de cancer nu intră sub protecția oferită de prezenta poliță:

1. Boala Hodgkin și limfom non-Hodgkin în faza 1 (Clasificarea Ann Arbor).
2. Leucemia, alta decât leucemia limfocitară cronică, dacă nu există difuzarea generalizată a celulelor leucemice în măduva osoasă.
3. Tumori care prezintă modificări maligne de carcinom în situ (aici intrând și displazia de col uterin CIN-1, CIN-2 și CIN-3) sau tumori care din punct de vedere histologic sunt descrise ca fiind premaligne.
4. Melanoamele care au o grosime determinată histologic mai mică de 1,5 mm, sau care au un grad de invazie mai mic de 3 pe scara Clark.
5. Toate cazurile de cancer de piele, cu excepția cazului în care există dovezi ale metastazelor tumorale sau este un melanom malign mai mare de 1,5 mm grosime maximă stabilită prin examen histopatologic folosind metoda Breslow.
6. Sarcoamele Kaposi și celelalte tumori asociate infecției cu HIV.
7. Cancerul de prostată care histopatologic se descrie ca având clasificarea TNM T-1 (aici intrând și subtipurile T-1a și T-1b, sau stadii echivalente în TNM sau alta clasificare echivalentă inferioară).
8. Micro-carcinom papilar tiroidian.
9. Cancer papilar non-invaziv al vezicii urinare histopatologic descris ca TaNOM0 sau de o altă clasificare echivalentă inferioară.

10. Leucemie limfocitară cronică mai puțin RAI Etapa I sau Etapa Binet A.

CIN = Cervical Intraepithelial Neoplasia = Neoplasm Cervical Intraepithelial

TNM = Tumor, Node, Metastasis = Clasificarea cancerelor după mărime, interesare ganglionară și metastaze.

2.1.2. Infarctul miocardic: este definit ca fiind diagnostic neechivoc a morții unei porțiuni de mușchi cardiac prin lipsa de aport sanguin suficient.

Pentru acordarea despăgubirii, următoarele condiții vor fi îndeplinite:

- Existența durerilor tipice în piept;
- Existența creșterii recente a nivelului markerilor cardiaci, specifice Infarctului miocardic.
- Existența modificărilor recente ale EKG, specifice Infarctului miocardic.
- Dovada reducerii funcției ventriculului stâng, ca și reducerea fracției de ejeție a ventriculului stâng sau hipokinezia semnificativă, akinezia, sau mișcările anormale ale peretelui ventricular datorate infarctului miocardic.

2.1.3. Atacul vascular cerebral: orice incident cerebrovascular producător de sechele neurologice. Accidentul vascular cerebral trebuie să determine o deficiență neurologică, provocând incapacitate permanentă și ireversibilă a Asiguratului în ceea ce privește:

- Abilitatea acestuia de a se deplasa dintr-o încăpere în alta sau pe suprafețe plane.
- Abilitatea de a se alimenta în condițiile în care hrana îi este procurată și pregătită.
- Comunicare cu cei din mediul înconjurător prin exprimare verbală

Evaluarea condițiilor mai sus menționate va fi făcută cel mai devreme la 3 luni de la producerea evenimentului.

În urma unui CT, RMN sau investigație imagistică similară este necesar să existe dovezi clare a faptului că un accident vascular cerebral a avut loc din unul din motivele mai jos menționate:

- Infarct al țesutului cerebral sau
- hemoragie intracraniană sau subarahnoidiană

Simptomele cerebrale date de migrenă, afecțiuni cerebrale provocate de traumatisme sau hipoxie, afecțiunile vasculare care afectează nervul optic, ochiul precum și funcțiile vestibulare nu sunt acoperite de prezenta asigurare.

2.2. Perioadă de așteptare: primele 90 de zile calendaristice de valabilitate ale acestei asigurări suplimentare în care Asiguratorul nu acoperă evenimentul asigurat.

2.3. Perioadă de supraviețuire: o perioadă de 28 de zile calendaristice și consecutive datei diagnosticării bolii grave, așa cum este ea definită anterior.

Art. 3 Obiectul asigurării și Indemnizația de asigurare

3.1. În schimbul achitării primei de asigurare, Asiguratorul garantează onorarea indemnizației de asigurare la producerea evenimentului asigurat – diagnosticarea pentru prima dată pe durata de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare cu una din bolile grave așa cum sunt ele definite la art. 2.

3.2. Suma asigurată pentru această asigurare suplimentară este precizată în contractul de asigurare.

3.3. Indemnizația de asigurare este egală cu suma asigurată menționată în contractul de asigurare pentru prezenta asigurare suplimentară, valabilă la data producerii evenimentului asigurat.

3.4. Asiguratorul va plăti suma asigurată corespunzătoare acestei asigurări suplimentare o singură dată, în condițiile:

- contractul era în vigoare la data producerii evenimentului asigurat;
- după scurgerea perioadei de așteptare;
- dacă Asiguratul este în viață la sfârșitul perioadei de supraviețuire,

la apariția primului eveniment asigurat aferent prezentei asigurări suplimentare.

Dreptul de a beneficia de indemnizațiile prezentei asigurări suplimentare încetează:

- la expirarea prezentei asigurări suplimentare;
- la data plății indemnizației de asigurare în urma apariției evenimentului asigurat;
- 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. 16**, din condițiile generale ale asigurării de viață.

Beneficiarul prezentei asigurări suplimentare este Asiguratul.

Art. 4 Intrarea în vigoare și durata asigurării suplimentare

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

a) La data expirării perioadei acoperite limitat conform contractului de asigurare de viață la care este anexată.

b) La data adăugării asigurării suplimentare conform art. 10.4 din condițiile generale ale asigurării de viață.

Data expirării asigurării suplimentare este prevăzută în contractul de asigurare.

Art. 5 Procedura care trebuie urmată pentru a beneficia de indemnizația corespunzătoare prezentei asigurări suplimentare

5.1. În cazul diagnosticării cu o boală gravă a Asiguratului pe durata de valabilitate a acestei asigurări suplimentare, Asiguratorul trebuie să fie înștiințat prin notificare scrisă de către acesta sau reprezentantul său legal în termen de 15 zile lucrătoare de la data diagnosticării, mai puțin cazurile de forță majoră. Odată cu această înștiințare, vor fi furnizate Asiguratorului următoarele documente:

- cerere de plată a indemnizației de asigurare
- chestionarul special de daune completat de asigurat
- chestionarul special de daune completat de medic
- copia actului de identitate al asiguratului
- documente medicale care să ateste:
 - diagnosticul care a justificat internarea;
 - diagnosticul stabilit în urma investigațiilor medicale și/sau tratamentului și/sau intervenției chirurgicale;

- diagnosticul la externare;
- buletinul histopatologic

- copii ale protocoalelor operatorii, ale analizelor și investigațiilor efectuate, scrisori medicale/bilete de ieșire din spital
- orice alte acte solicitate de către Asigurator pentru definitivarea dosarului de daună.

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 Asiguratorului în traducere autorizată în limba română.

În conformitate cu rezultatul cercetărilor întreprinse de către Asigurator, contravaloarea prestațiilor prezentei asigurări suplimentare este plătită într-un termen de 10 zile lucrătoare de la data prezentării de către Asigurat sau reprezentatul legal a ultimului document solicitat de către Asigurator.

Contractantul sau Asiguratul vor suporta cheltuielile ocazionate de procurarea tuturor documentelor solicitate de Asigurator în legătură cu evenimentul asigurat.

Art. 6 Excluderi specifice

6.1. Excluderile aplicabile asigurării suplimentare în cazul producerii evenimentului asigurat sunt cele prezentate în cadrul art. 4 din Condițiile generale ale asigurării de viață, cu excepția art. 4.1, pct. p, și se completează cu următoarea excludere specifică:

- Boli grave preexistente intrării în vigoare a prezentei asigurări suplimentare așa cum sunt ele definite la art.2 din prezentele condiții specifice;
- Afecțiuni medicale preexistente dacă diagnosticarea are loc în termen de 3 ani de la data intrării în vigoare a asigurării suplimentare;

Art. 7 Dispoziții finale

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