

Asigurare suplimentară pentru spitalizare ca urmare a unei boli (cod SBH) – 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

1.1. Asigurarea suplimentară pentru spitalizare ca urmare a unei boli 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. **Spital:** O instituție legal constituită, care funcționează după legile statului în care este înființată și care îndeplinește cumulativ următoarele condiții:

- se ocupă cu primirea, îngrijirea și tratarea bolnavilor, suferinzilor sau răniților în calitate de pacienți internați;
- acceptarea calității de pacient internat se face doar sub supravegherea medicilor care sunt permanent disponibili în acordarea de consultații și tratament;
- menține și întreține facilități organizate pentru diagnosticarea și tratamentul pacienților internați și furnizează (acolo unde este cazul) condițiile necesare intervențiilor chirurgicale în cadrul instituției sau în unități speciale controlate de instituție;
- asigura non stop servicii de supraveghere medicală calificată prin sau sub supravegherea unei echipe de asistente medicale;

Noțiunea de spital nu se va referi la:

- instituții pentru tratarea bolilor psihice, afecțiunilor psihiatrice (inclusiv cele pentru retardați);
- secțiile (subunitățile) de psihiatrie ale spitalelor;
- azilurile de bătrâni, casele de odihnă, instituțiile (subunitățile spitalicești) specializate în dezalcoolizare sau dezintoxicare;
- casele de sănătate (sanatorii), clinicile naturiste, casele de recuperare, reabilitare

2.1. **Spitalizare:** perioada continuă de internare într-un spital, timp de minim 24 de ore

2.2. **Zi de spitalizare:** O perioadă de 24 de ore de staționare în spital în calitate de pacient internat în urma unei boli, calculată începând de la momentul internării (data și ora); numărul de zile de spitalizare se vor calcula astfel, începând de la momentul internării până la momentul externării (data și ora).

2.3. **Perioadă de Confirmare:** Primele 3 zile calendaristice și consecutive ale unei spitalizări pentru care Asiguratorul nu plătește indemnizația zilnică. Perioada de confirmare nu se va mai aplica în cazul în care pentru același eveniment există o nouă perioadă de spitalizare.

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

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 – spitalizarea în scopul tratării unei boli suferite de Asigurat - pe durata de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare.

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

După fiecare eveniment asigurat, indemnizația de asigurare se calculează ca produs dintre suma asigurată pentru fiecare zi de spitalizare și numărul de zile de spitalizare, fără a lua în calcul perioada de confirmare. Asiguratorul va plăti indemnizația de asigurare pentru acest risc, în condițiile:

- boala care a determinat spitalizarea a apărut sau s-a manifestat pentru prima dată în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, după expirarea perioadei de așteptare;
- contractul era în vigoare la data producerii evenimentului asigurat;
- după expirarea perioadei de confirmare;
- pentru maximum 60 de zile de spitalizare pe an de asigurare, proporțional cu perioada rămasă a anului de asigurare, dacă asigurarea suplimentară nu a fost achiziționată odată cu asigurarea de viață;

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

- la expirarea prezentei asigurări suplimentare;
- 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 articolului 10.4 din condițiile generale ale asigurării de viață.

Data expirării asigurării suplimentare este prevăzută în contractul de asigurare.

4.2. Nu sunt acoperite evenimentele asigurate determinate de boli decăt după o **perioadă de așteptare** de 90 zile de la intrarea în vigoare a contractului de asigurare.

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

5.1. În cazul spitalizării Asiguratului din cauza unei boli, 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 externării, 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 către asigurat
- chestionarul special de daune completat de către 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;
 - copie după scrisoarea medicală/biletul 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, indemnizația de asigurare va fi plătită în termen de 10 zile lucrătoare de la data prezentării de către Asigurat a ultimului document solicitat de către Asigurator.

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 următoarele excluderi specifice:

- Boala pentru care a fost necesară spitalizarea este cauzată de o afecțiune medicală preexistentă intrării în vigoare a prezentei asigurări suplimentare;
- Spitalizarea sau serviciile medicale care nu sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului sau pentru efectuarea tratamentului;
- Orice cură rezultată în urma consumului de alcool, droguri, alte substanțe toxice, precum și a metodelor de dezintoxicare/dezalcoolizare, inclusiv urmările acestora;
- Zilele în care Asiguratul rămâne în spital după data de externare recomandată de către medicul specialist.
- Tratamente de contracepție, de sterilizare precum și revenirea la starea anterioară după sterilizare, investigații și tratamente pentru infertilitate (indiferent de sex), tratament pentru disfuncții sexuale;
- Spitalizare în scopul chirurgiei plastice, cosmetice, sau pentru orice tratament dentar;

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 care a determinat îmbolnăvirea gravă a Asiguratului.