

ANEXĂ LA CONDIȚIILE GENERALE DE ASIGURARE DE SĂNĂTATE DE GRUP BRD Medcare

Condiții de Asigurare pentru Clauza Suplimentară: ASIGURAREA PENTRU AFECȚIUNI GRAVE

1. PREVEDERI INTRODUCTIVE

1.1 Prezentele condiții constituie Condițiile de Asigurare ale Clauzei Suplimentare pentru Asigurarea pentru Afecțiuni Grave și reprezintă o anexă la Condițiile Generale de Asigurare de Sănătate de Grup. Clauza Suplimentară este aplicabilă în conformitate cu limitele menționate în Polița de Asigurare și în Certificatul de Asigurare.

1.2 Aceste condiții sunt aplicabile numai în cazul în care Clauza Suplimentară pentru Asigurarea pentru Afecțiuni Grave este în vigoare.

1.3 Condițiile de asigurare ale prezentei Clauze Suplimentare sunt completate de mențiunile Condițiilor Generale de Asigurare de Sănătate de Grup. Termenii menționați cu litere mari folosiți în prezenta clauză au înțelesul specificat în Condițiile generale de asigurare de sănătate de grup și, în completare, în art.2 de mai jos. În caz de divergență între Condițiile Generale de Asigurare de Sănătate de Grup și Clauza Suplimentară, prevalează mențiunile din prezenta Clauză.

2. DEFINIȚII

Termenii folosiți în această Clauză Suplimentară au următorul sens:

- 2.1. **Afecțiune Gravă** – oricare din bolile menționate la art.4 al prezentei Clauze Suplimentare, în conformitate cu Condițiile de asigurare menționate în prezenta Clauză.
- 2.2. **Afecțiune Preexistentă** – orice boală, vătămare corporală din accident sau altă afecțiune medicală a Membrului Asigurat, descoperită sau dezvoltată înainte de intrarea în vigoare a Asigurării Individuale a Membrului Asigurat respectiv, indiferent dacă afecțiunea a fost diagnosticată de un medic și indiferent dacă a fost administrat un tratament sau nu.
- 2.3. **Medic** – o persoană fizică absolventă a Universității de Medicină, calificată într-una sau mai multe specialități medicale și recunoscută de Colegiul Medicilor din România, ce posedă o licență de practică medicală nerestricționată și valabilă. Din această categorie sunt excluse în mod explicit rudele de gradul 1 și 2 ale Asiguratului. Pentru tratament în străinătate, recunoașterea de către Colegiul Medicilor din România nu este necesară.
- 2.4. **Perioadă de așteptare** – perioada de 90 de zile calculată de la data începerii Asigurării Individuale pe durata căreia riscurile asigurate nu sunt acoperite și nu sunt plătite Indemnizații de Asigurare.
- 2.5. **Perioada de supraviețuire** – perioada de 28 de zile de la data stabilirii pentru prima dată a diagnosticului de Afecțiune Gravă.

3. OBIECTUL ASIGURĂRII PREZENTEI CLAUZE SUPLIMENTARE

3.1. Obiectul asigurării prezentei Clauze este reprezentat de acoperirea Membrului Asigurat în caz de Afecțiuni Grave. Indemnizația de asigurare se plătește de Asigurător Asiguratului sau Moștenitorilor legali ai acestuia, în caz de deces.

3.2. Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația de Asigurare în sumă fixă, dacă Pachetul aplicabil cuprinde Asigurarea pentru Afecțiuni Grave și în limitele stipulate în Polița de Asigurare și în Certificatul de Asigurare în cazul în care Membrul Asigurat este diagnosticat pe perioada de validitate a Contractului de Asigurare și a Asigurării Individuale cu una sau mai multe Afecțiuni Grave acoperite de Contractul de Asigurare.

3.3. Pentru companiile cu minim 20 de angajați, planurile de asigurare pot fi și personalizate de Contractant, conform opțiunilor exprimate de acesta, atasarea Afecțiunilor Grave la planul de asigurare ales se va face funcție de regulile de compunere a pachetelor stabilite de Asigurator.

4. RISCURILE ASIGURATE

4.1. Riscurile asigurate prin prezenta Clauza Suplimentara sunt urmatoarele Afecțiuni Grave, conform Pachetului ales și în cadrul limitelor menționate în Polița de Asigurare și în Certificatul de Asigurare:

Cancer

În sensul prezentelor Condiții de Asigurare, cancerul se definește prin prezența uneia sau mai multor tumori maligne, caracterizate prin creștere progresivă necontrolată, răspândire la distanță a celulelor maligne, cu invazia și distrugerea țesuturilor normale înconjurătoare. Cancerul necesită tratament medical sau chirurgical

de tip curativ sau paleativ. Cancerul trebuie să fie confirmat printr-un diagnostic histopatologic pozitiv.

Următoarele tipuri de tumori sunt excluse din definiția de mai sus:

- leucemia, alta decât leucemia limfatică cronică, dacă nu are loc diseminarea celulelor leucemice în măduva hematopoietică;
- carcinoamele în situ (inclusiv displazia cervicală de tip CIN1, CIN2, CIN3) sau tumorile descrise histologic ca fiind premaligne;
- toate formele de cancer de piele, mai puțin cele în care se pun în evidență metastaze la distanță sau melanoamele maligne mai mari de 1,5 mm;
- cancerele care nu amenință viața, cum ar fi cancerul de prostată stadiile T1a sau T1b conform clasificării TNM;
- microcarcinom papilar al tiroidei;
- cancer papilar noninvaziv al vezicii urinare stadiul T1aN0M0 sau alt stadiu inferior acestuia.

Accident vascular cerebral

În sensul prezentelor Condiții de Asigurare, prin accident vascular cerebral se înțelege orice tip de accident vascular cerebral care se soldează cu:

- deficit neurologic permanent și ireversibil, Asiguratul fiind în imposibilitatea de:
 - a merge 200 m pe o suprafață plană, fără dispozitive ajutătoare;
 - a se hrăni singur(ă) odată ce hrana a fost preparată și pusă la dispoziția Membrului Asigurat;
 - a comunica cu cei din jur, prin vorbire fără utilizarea de dispozitive ajutătoare;
- reducerea permanentă și ireversibilă a funcțiilor cel puțin unui membru, prin membru înțelegându-se întreg membrul superior, incluzând palma, sau întreg membrul inferior, incluzând talpa.

Evaluarea afecțiunilor de mai sus nu se poate efectua mai devreme de 3 (trei) luni de la data producerii accidentului vascular cerebral. Este necesară o dovadă clară (tomografie computerizată, rezonanță magnetică nucleară sau alte tehnici imagistice similare) a faptului că s-a produs un accident vascular cerebral ca rezultat al infarctului țesutului cerebral sau a hemoragiei subarahnoidale sau intracerebrale.

Sunt excluse din categoria accidentelor vasculare cerebrale, așa cum acestea sunt definite conform prezentelor Condiții de Asigurare următoarele:

- simptomele cerebrale datorate migrenei;
- leziunile cerebrale produse ca urmare a traumatismelor sau hipoxiei de cauză externă;
- bolile vasculare cu afectarea ochilor, nervului optic sau funcțiilor vestibulare.

Infarct miocardic

În sensul prezentelor Condiții de Asigurare, diagnosticarea unui infarct miocardic trebuie să fie susținută de îndeplinirea cumulativă a următoarelor trei (3) criterii și să fie diagnosticat ca un nou infarct miocardic acut:

1. Simptome clinic acceptate ca fiind în conformitate cu diagnosticul de infarct miocardic acut și
2. Noi modificări electrocardiografice caracteristice și
3. Creșterea caracteristică față de valorile normale a markerilor specifici cardiaci, cum ar fi CK-MB și/ sau troponinele cardiace.

Insuficiența cardiacă, durerea toracică non-cardiacă, angina pectorală, angina instabilă, miocardita, pericardita, leziuni miocardice traumatice și toate celelalte forme de sindroame coronariene acute nu sunt acoperite.

Intervenție chirurgicală de by-pass coronarian

Intervenția de by-pass coronarian se definește prin intervenția chirurgicală efectuată ca urmare a recomandării unui medic cardiolog sau chirurg cardiovascular, cu scopul de a corecta stenoza sau ocluzia uneia sau mai multor artere coronare.

Din prezenta definiție sunt excluse angioplastia percutantă sau alte tehnici nechirurgicale de corectare a stenozelor sau ocluziilor arterelor coronare.

Insuficiență renală

În accepțiunea prezentelor Condiții de Asigurare, prin insuficiență renală se înțelege insuficiența renală stadiu terminal, indiferent de etiologia acesteia, dovedită prin alterarea funcției ambilor rinichi, ce impune efectuarea dializei permanente sau a transplantului renal.

Condiții ce trebuie îndeplinite simultan:

- necesitatea efectuării dializei sau a transplantului renal se stabilește de către un medic specialist nefrolog;
- solicitarea Indemnizației de Asigurare se poate face numai după începerea dializei sau în absența acesteia, pe baza documentelor medicale care atestă faptul că un transplant renal va fi efectuat în viitorul imediat apropiat.

Transplant de organe majore

Prin transplantul de organe majore se înțelege transplantul (de la donator uman) unuia sau mai multor organe: cord (numai transplantul întregului organ), plămâni, ficat, rinichi, măduvă sau pancreas.

Transplantul altor organe, părți de organe, țesuturi sau celule este exclus din definiția de mai sus.

Plata Indemnizației de Asigurare poate fi făcută și înainte de efectuarea transplantului, dacă Asiguratul prezintă următoarele documente/ dovezi:

- dovada faptului că Membrul Asigurat a fost inclus pe o listă de așteptare, în vederea efectuării unui transplant, de către o instituție abilitată din țara de reședință a Membrului Asigurat;
- un raport medical care atestă faptul că un transplant urmează a fi efectuat în viitorul apropiat și reprezintă metoda aleasă pentru tratamentul afecțiunii de care suferă.

Scleroză multiplă

În accepțiunea prezentelor Condiții de Asigurare, prin scleroză multiplă se înțelege afecțiunea neurologică cronică caracterizată de apariția proceselor inflamatorii și de demielinizare la nivelul substanței albe a sistemului nervos central, cu posibilă întindere și la nivelul substanței cenușii, ce conduce la deficiențe neurologice permanente și ireversibile.

Condiții ce trebuie îndeplinite simultan:

- Diagnosticul trebuie stabilit de către un medic neurolog specialist;
- Diagnosticul trebuie susținut prin examinări RMN (rezonanță magnetică nucleară) sau CT (tomografie computerizată) ale sistemului nervos;
- Ireversibilitatea deficiențelor neurologice trebuie confirmată de către medicul neurolog după un interval de cel puțin 6 (șase) luni de la data stabilirii diagnosticului;
- Trebuie să se excludă în mod categoric afectarea sistemului nervos central datorată altor cauze (vasculare, bacteriale, virale, tumorale, etc.);
- Afectarea neurologică trebuie să conducă la cel puțin unul dintre următoarele efecte:
 - incapacitatea Membrului Asigurat de a se deplasa pe o suprafață plană;
 - incapacitatea Membrului Asigurat de a se hrăni singur odată ce mâncarea a fost preparată și pusă la dispoziție.

Paralizie membre

Reprezintă paralizia totală și permanentă a două sau mai multe membre ca o consecință a unei afecțiuni a măduvei spinale sau a unui Accident. Prin membru se înțelege întreg membrul superior (inclusiv regiunea palmară) sau inferior (inclusiv regiunea plantară).

Condiții: caracterul total și ireversibil al paraliziei trebuie să fie confirmat de către medicul specialist neurolog după trecerea unei perioade de cel puțin 90 de zile de la data producerii Accidentului sau de la data apariției simptomelor afecțiunii.

Orbire

Orbirea reprezintă pierderea totală și ireversibilă a vederii la ambii ochi, atestată clinic și apărută ca o consecință a unei afecțiuni sau a unui Accident, produse pe perioada de valabilitate a prezentei clauze suplimentare. Acuitatea vizuală trebuie să fie mai mică decât 6/60 ori 20/200 utilizând testul Snellen sau restricția câmpului vizual trebuie să fie de 20° sau mai puțin în ambii ochi.

Condiții: niciun beneficiu de asigurare nu va fi plătit în cazul în care, în opinia medicală generală, utilizarea unui dispozitiv medical sau realizarea unui implant poate duce la ameliorarea parțială sau totală a vederii.

4.2. Membrul Asigurat este acoperit pentru Afecțiuni Grave, prin plata unei Indemnizații fixe de asigurare de către Asigurator, conform Pachetului de asigurare și în cadrul limitelor de asigurare menționate în Polița de asigurare și în Certificatul de asigurare.

4.3. La apariția riscului asigurat prin Contractul de asigurare, Membrul Asigurat poate primi, dacă este specificat în Pachetul de asigurare, Indemnizația de asigurare pentru Afecțiuni Grave în conformitate cu Condițiile de asigurare ale prezentei Clauze Suplimentare. 4.4. Acoperirea prin această Clauză Suplimentară este valabilă de la data de început a Asigurării individuale pentru fiecare Membru Asigurat.

5. DURATA CLAUZEI SUPLIMENTARE

5.1. Clauza Suplimentară cu privire la Asigurarea pentru Afecțiuni Grave poate fi adăugată la Contractul de Asigurare doar la începutul Contractului de asigurare, respectiv a fiecărei Asigurări Individuale, pe măsură ce Membrul Asigurat se atașează Grupului după încheierea Contractului de Asigurare.

5.2 Clauza Suplimentară are aceeași durată ca și Contractul de Asigurare.

5.3 Clauza Suplimentară încetează în cazul anulării Contractului de Asigurare sau la data reînnoirii Contractului de Asigurare în cazul în care aceasta Clauză Suplimentară nu mai este atașată.

6. PRIMA DE ASIGURARE

Prima de asigurare corespunzătoare acestei Clauze Suplimentare este parte din prima aferentă întregului Contract de Asigurare menționată în Polița de Asigurare.

7. PRODUCEREA RISCULUI ASIGURAT**7.1. Notificarea producerii unui risc asigurat**

7.1.1. În cazul producerii riscului acoperit de prezenta Clauza suplimentară la Asigurarea de sănătate de Grup, Contractantul sau Membrul Asigurat trebuie să depună la Asigurător, în termen de 58 de zile de la producerea riscului asigurat, o notificare și să depună la dispoziția Asigurătorului documentele solicitate pentru a determina justetea despăgubirii.

- Cererea de Despăgubire completată de Membrul Asigurat sau de Beneficiar, în cazul decesului Membrului Asigurat. În cazul copilului minor, documentul va fi semnat de reprezentanții legali ai acestuia;
- O copie după documentul de identitate al solicitantului și, dacă este cazul:
 - documentul ce stabilește relația dintre Dependent și Angajat;
 - documentele ce dovedesc calitatea reprezentanților;
 - certificatul de moștenitor, în cazul decesului Membrului Asigurat;
- Declarația Membrului Asigurat/ Contractantului, conținând descrierea detaliată a împrejurărilor Accidentului ce determină producerea evenimentului asigurat (în cazul unui accident);
- Toate documentele medicale necesare, prin care sunt descrise circumstanțele riscului asigurat (istoricul medical de la medicul de familie și/ sau orice alt furnizor de servicii medicale, recomandarea Medicului Generalist/ Specialist, cauza spitalizării ori intervenției chirurgicale, rezultatele testelor efectuate (de ex. rezultatele analizelor de sânge, buletine de analiză anatomopatologică, buletin de analiză radiologică etc.), tratamentul aplicat, durata internării, instituția și orice alte documente necesare Asigurătorului în scopul evaluării cererii în conformitate cu prevederile Condițiilor de Asigurare, bilete de externare din spital, orice document predat ca urmare a internării în spital;
- Raportul poliției în cazul unui Accident (în cazul investigării cazului de către poliție și dacă Asiguratul/ Contractantul este în posesia aceluși document), inclusiv valoarea alcoolemiei, dacă este cazul;
- documentele ce atestă legitimitatea persoanei de a primi Indemnizația de Asigurare: copie după cartea de identitate în cazul cetățenilor români sau după pașaport în cazul cetățenilor străini;
- Extrasul de cont din care să reiasă numărul IBAN și numele beneficiarului.

Documentele furnizate vor intra în proprietatea Asigurătorului.

7.1.2. Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita documente suplimentare și de a investiga împrejurările riscului asigurat, în scopul determinării obligației sale de plată.

7.1.3. Asigurătorul are dreptul să refuze plata Indemnizației de Asigurare, dacă riscul asigurat nu a fost notificat în perioada menționată în art. 7.1.1.

7.1.4. Documentele depuse într-o limbă străină vor fi însoțite de traducere autorizată, costul traducerii fiind suportat de către Membrul Asigurat/ Contractant/ Beneficiar în cazul riscului asigurat autorizat de Asigurător și produs în străinătate.

7.1.5. Asigurătorul va aproba suma Indemnizației de Asigurare fixe de plătit, în funcție de limitele de asigurare menționate în Polița de asigurare și Certificatul de asigurare și documentele incluse în dosarul de despăgubire și în conformitate cu prevederile prezentei Clauze Suplimentare

7.1.6. Data înregistrării cererii de despăgubire este data la care Asigurătorul primește informația privind producerea riscului asigurat.

7.1.7. În termen de 10 zile lucrătoare de la primirea tuturor documentelor solicitate, Asigurătorul trebuie să ia una din deciziile următoare:

- Să accepte solicitarea de despăgubire și să plătească Asiguratului/ Mostenitorilor legali indemnizația de asigurare ;
- Să repinga solicitarea de despăgubire printr-o decizie motivată

7.1.8. În cazul în care decesul Membrului Asigurat are loc înainte de plata Indemnizației de Asigurare, dar după trecerea perioadei de supraviețuire, suma indemnizației va fi achitată Beneficiarilor Membrului Asigurat.

7.1.9. Efectuarea procedurilor de evaluare cu privire la drepturile de asigurare nu va fi considerată o recunoaștere a obligației de plată a Indemnizației de Asigurare.

8. INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE PENTRU AFECȚIUNI GRAVE

8.1. În cazul în care Membrul Asigurat este diagnosticat pentru prima dată pe Durata Contractului de Asigurare și a Asigurării Individuale cu una sau mai multe dintre Afecțiunile Grave stipulate mai sus, Asigurătorul va achita drept Indemnizație de Asigurare în sumă fixă pe an de asigurare, suma stipulată în Polița de Asigurare și Certificatul de Asigurare.

8.2. Indemnizația de Asigurare pentru Afecțiuni Grave va fi achitată de Asigurător direct Membrului Asigurat, în baza dosarului de despăgubire depus de Membrul Asigurat la Asigurător, în baza condițiilor următoare

GRUPE SOCIETE GENERALE

Contractul de Asigurare și Asigurarea Individuală erau valabile la data emiterii diagnosticului privind afecțiunea gravă de către autoritatea medicală specifică;

- (a) Afecțiunea Gravă a fost diagnosticată după o perioadă de așteptare de 3 luni de la intrarea în vigoare a Asigurării Individuale;
- (b) Membrul Asigurat supraviețuiește cel puțin 28 de zile de la data stabilirii primului diagnostic privind Afecțiunea Gravă acoperită de prezenta Clauza.

8.3. Asigurarea pentru Afecțiuni Grave rămâne în vigoare după ce Asigurătorul achită Indemnizația de Asigurare pentru primul diagnostic cu privire la cel puțin o Afecțiune Gravă acoperită, cu condiția rămânerii în vigoare a Contractului de Asigurare.

8.4. Indemnizația de Asigurare stipulată în Polița de Asigurare și Certificatul de Asigurare se achită o singură (1) dată pe an de asigurare, indiferent de numărul de Afecțiuni Grave cu care Membrul Asigurat a fost diagnosticat în anul respectiv de asigurare.

8.5. După fiecare Indemnizație de Asigurare achitată pentru una sau mai multe Afecțiuni Grave pe an de asigurare, asigurarea rămâne valabilă pentru anul de asigurare următor cu privire la Afecțiunile Grave rămase menționate mai sus în Contractul de Asigurare, în conformitate cu tabelul de mai jos:

Afecțiuni Grave pentru care Indemnizația de Asigurare a fost achitată	Afecțiuni Grave rămase, acoperite în continuare prin contract:
Cancer (C)	AVC / IM / BP / SM / P
Accident vascular cerebral (AVC)	C / IR / TOM / SM
Infarct miocardic (IM)	C / IR / TOM / SM
By – Pass coronarian (BP)	C / IR / TOM / SM
Insuficiență renală (IR)	C / AVC / IM / BP / SM / P / O
Transplant de organe majore (TOM)	AVC / IM / BP / SM / P
Scleroză multiplă (SM)	C / AVC / IM / BP / IR / TOM / P / O
Paralizie (P)	C / AVC / IM / BP / IR / TOM / SM / O
Orbire (O)	C / AVC / IM / BP / IR / TOM / SM / P

8.6. Asigurătorul are dreptul să solicite Membrului Asigurat să se supună unui examen medical efectuat de un medic acceptat de Asigurător, în scopul determinării obligației de plată a Asigurătorului. Costurile acestei examinări medicale vor fi suportate de către Asigurător.

8.7. În scopul plății Indemnizației de Asigurare, Membrul Asigurat va pune la dispoziția Asigurătorului toate documentele disponibile, în conformitate cu Art.10, referitoare la riscul asigurat produs.

8.8. Indemnizația de Asigurare acoperită de prezentul Contract de Asigurare pentru diagnosticarea pentru prima dată cu una sau mai multe Afecțiuni Grave stipulate(ă) mai sus, în România sau în străinătate, va fi achitată în RON, într-un cont bancar din România.

9. RISCURI EXCLUSE DIN ASIGURAREA DE SĂNĂTATE DE GRUP, PREVEDERI APLICABILE ASIGURĂRII PENTRU AFECȚIUNI GRAVE

În plus față de excluderile menționate în secțiunea de Excluderi Generale din cadrul Condițiilor Generale de Asigurare de Sănătate de Grup, orice eveniment de prim diagnostic de Afecțiune Gravă, cauzat în mod direct sau indirect, total sau parțial, de oricare dintre afecțiunile de mai jos, nu va fi considerat un risc asigurat în baza Condițiilor de Asigurare din prezenta Clauza suplimentară:

- a) orice Afecțiune Gravă ale cărei simptome se manifestă, ori care a fost diagnosticată, într-un termen de 90 de zile (perioada de așteptare) de la intrarea în vigoare a Asigurării Individuale pentru fiecare membru;
- b) orice afecțiune congenitală.

10. LIMITA TERITORIALĂ

10.1. Asigurătorul va plăti Indemnizații de Asigurare pentru evenimentele acoperite prin prezentele Condiții de Asigurare pentru Clauza Suplimentară: ASIGURAREA PENTRU AFECȚIUNI GRAVE, indiferent dacă se produc în România sau în afara României.

10.2. Indemnizațiile de Asigurare acordate în baza Clauzei Suplimentare cu privire la Asigurarea pentru Afecțiuni Grave vor fi achitate în RON, într-un cont bancar din România.

BRD Asigurări de Viață S.A.

Str.Gheorghe Polizu nr.58-60, etaj 8 (zona 1),
etaj 9 (zona 1), Sector 1, 011062, București

Autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară,
înregistrată în Registrul Asigurătorilor cu nr. 64/3.04.2009
Cod LEI 3157007U0N17M1JWDB35

Tel: 021 9191

Email: info@brdasigurari.ro

Web: www.asigurari.brd.ro

CAPITAL SOCIAL: 36116500 RON

C.U.I. 24870553/16.12.2008

R.C. J2008020877402

EUID: ROONRC.J2008020877402