

ANEXĂ LA CONDIȚIILE GENERALE DE ASIGURARE DE SĂNĂTATE DE GRUP

Condiții de Asigurare pentru Clauza Suplimentară

**ASIGURAREA PENTRU
INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ**

I. PREVEDERI GENERALE:

1.1. Condițiile de Asigurare ale Clauzei Suplimentare pentru Asigurarea Intervenției Chirurgicale 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 Certificatul de Asigurare.

1.2. Aceste condiții sunt aplicabile numai în cazul în care Clauza Suplimentară pentru Asigurarea de Intervenții Chirurgicale 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.

II. DEFINIȚII

2.1. Zi de Spitalizare – perioada de 24 ore consecutive de spitalizare, calculată de la data internării Asiguratului într-un spital și până la data externării Asiguratului. Spitalizarea trebuie să aibă loc la recomandarea unui medic.

2.2. 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.

2.3. Chirurg – un medic având o calificare medicală specializată superioară, ce are dreptul de liberă practică într-o specialitate chirurgicală.

2.4. Formular de Pre-Autorizare – un formular completat de un medic, membru al Rețelei de Servicii de Sănătate, reprezentând recomandarea medicală ce permite Asiguratului să efectueze intervenția chirurgicală în limitele Pachetului de Asigurare specificate în Polița de Asigurare și, respectiv în Certificatul de Asigurare.

2.5. Intervenție chirurgicală – orice procedură de intervenție efectuată în scop terapeutic, considerată a fi necesară din punct de vedere medical în vederea prevenirii înrăutățirii stării de sănătate a Membrului Asigurat ca urmare a unui accident sau unei boli, care se efectuează în conformitate cu normele și standardele medicale de specialitate și implică o anestezie locală ori generală și o incizie.

2.6. Tratament - îngrijire medicală ce acoperă de la sfaturi de igienă până la cele mai complexe acțiuni medicale și chirurgicale și care este acordat de către un Medic.

III. OBIECTUL ASIGURĂRII PREZENTEI CLAUZEI SUPLEMENTARE

3.1. În schimbul plății primei de asigurare, Asigurătorul acoperă riscul asigurat și acordă Indemnizația menționată în Polița de Asigurare și respectiv în Certificatul de Asigurare, în concordanță cu Condițiile de asigurare ale

prezentei Clauze.

3.2. Riscurile asigurate acoperite prin prezenta Clauză Suplimentară sunt:

- Intervenții chirurgicale din orice cauză în cadrul Rețelei de Servicii medicale, prin care Asigurătorul oferă acces gratuit, în limitele stabilite în Polița de Asigurare, respectiv Certificatul de Asigurare.

- Intervenții chirurgicale din orice cauză în afara Rețelei de Servicii medicale, prin plata indemnizației fixe de asigurare de către Asigurător, conform Pachetului de asigurare și în cadrul limitelor de asigurare menționate în Polița de Asigurare și în Certificatul de Asigurare.

3.3. La apariția riscului asigurat prin Contractul de Asigurare, Membrul Asigurat poate opta pentru accesarea:

- Intervenției chirurgicale efectuată în cadrul Rețelei de Servicii medicale, și
- Intervenției chirurgicale efectuată în afara Rețelei de Servicii medicale, pentru care Asigurătorul plătește Indemnizații de Asigurare.

3.4. Asigurarea prin această Clauză Suplimentară este valabilă de la data de început a Asigurării individuale pentru fiecare Membru Asigurat.

IV. DURATA CONTRACTULUI DE ASIGURARE

4.1. Clauza Suplimentară pentru Asigurarea de Intervenție chirurgicală poate fi adăugată la Contractul de Asigurare, numai la începutul Contractului, respectiv a fiecărei Asigurări Individuale, pe măsură ce Membrul Asigurat se atașează Grupului după încheierea Contractului de Asigurare.

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

4.3. Clauza Suplimentară încetează în cazul încetării Contractului de Asigurare sau la data reînnoirii Contractului de Asigurare în cazul în care această Clauză Suplimentară nu mai este atașată.

V. BENEFICIARII ASIGURĂRII

Membrul Asigurat este beneficiarul Indemnizației de Asigurare pentru evenimentul asigurat: Intervenții chirurgicale. În cazul decesului Membrului Asigurat, beneficiarii care sunt îndreptățiți să încaseze Indemnizația de Asigurare sunt moștenitorii legali definiți prin lege și menționați în certificatul de moștenitor, în concordanță cu cotele menționate în acest certificat.

VI. PRIMA DE ASIGURARE

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

VII. ASIGURAREA PENTRU INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ PREVEDERI SPECIALE

7.1. Părțile sunt de acord că Asigurătorul va asigura și că Membrul Asigurat:

- a) va avea acces la servicii medicale chirurgicale în Rețeaua de Servicii de Sănătate sau
- b) va beneficia de Indemnizații de Asigurare pentru intervenții chirurgicale efectuate în afara Rețelei de Servicii de Sănătate, publice sau private, în România sau în afara României, în cazul în care Membrul Asigurat suportă o intervenție chirurgicală, bazată pe o necesitate

medicală, ce impune minim 1 (o) Zi de Spitalizare conform definiției din prezentul Contract de Asigurare, pe Durata Contractului de Asigurare și Asigurării Individuale, în conformitate cu prevederile Pachetului aplicabil și în limitele menționate în Polița de Asigurare și în Certificatul de Asigurare.

7.2. Numărul maxim de evenimente chirurgicale acoperite pe an de asigurare, indiferent dacă intervenția chirurgicală are loc în cadrul sau în afara Rețelei de Servicii de Sănătate, suma asigurată maximă pe eveniment, precum și limita pe eveniment a Indemnizației de Asigurare sunt stipulate în Polița de Asigurare și în Certificatul de Asigurare.

7.3. Pentru evitarea oricărei neînțelegeri, Asigurătorul nu va acoperi niciun serviciu medical chirurgical ce nu este specificat în mod clar în cadrul Pachetului aplicabil și nu este în limitele menționate în Polița de Asigurare și în Certificatul de Asigurare.

7.4. Membrul Asigurat are acces la servicii chirurgicale în cadrul Rețelei de Servicii de Sănătate prin intermediul Call Center-ului, în baza recomandării medicului, în conformitate cu prevederile Pachetului aplicabil și în limitele menționate în Polița de Asigurare și în Certificatul de Asigurare.

7.5. În cazul în care intervenția chirurgicală este acoperită în cadrul Rețelei de Servicii de Sănătate, costul aferent va fi achitat de Asigurător direct Rețelei de Servicii de Sănătate. Orice cost pentru intervenție chirurgicală care depășește limita acoperirii din Pachetul corespunzător Membrului Asigurat, va fi plătit de către Membrul Asigurat.

7.6. În cadrul Rețelei de Servicii de Sănătate, Asigurătorul acoperă costul serviciilor medicale prestate Membrului Asigurat, respectiv procedura chirurgicală, controlul pre-anestezic, anestezia, consumabilele, teste anatomopatologice în limitele definite în Polița de Asigurare și în Certificatul de Asigurare.

7.7. Asigurătorul va acorda Membrului Asigurat acces la servicii chirurgicale în cadrul Rețelei de Servicii de Sănătate, cu condiția ca Asigurarea Individuală să fie valabilă în conformitate cu termenii Contractului de Asigurare.

7.8. Rețeaua de Servicii de Sănătate va obține dreptul de acces de la Call Center pentru Membrul Asigurat și aprobarea intervenției chirurgicale, înainte de data internării Membrului Asigurat într-un spital din cadrul Rețelei de Servicii de Sănătate și în baza recomandării medicului.

7.9. În cazul internării într-un spital din cadrul Rețelei de Servicii de Sănătate ca urmare a unei urgențe medicale, Rețeaua de Servicii de Sănătate va obține dreptul de acces de la Call Center pentru Membrul Asigurat, înainte de internarea acestuia în spital. Medicul spitalului din cadrul Rețelei de Servicii de Sănătate va completa formularul de pre-autorizare. Formularul de pre-autorizare și celelalte documente medicale relevante vor fi trimise Asigurătorului, care va trimite răspunsul său spitalului din Rețeaua de Servicii de Sănătate în termen de maxim 48 de ore lucrătoare din momentul primirii tuturor documentelor, dacă Asigurătorul acoperă serviciile medicale chirurgicale furnizate de spitalul din cadrul Rețelei de Servicii de Sănătate în limitele menționate în Polița de Asigurare și în Certificatul de Asigurare.

7.10. În caz contrar, dacă dreptul de acces nu a fost obținut de la Call Center și/sau aprobarea privind serviciile chirurgicale nu este acordată sau răspunsul Asigurătorului nu poate fi trimis spitalului din cadrul Rețelei de Servicii de Sănătate, indiferent de motiv, înainte de externarea Membrului Asigurat, acesta din urmă va achita Rețelei de Servicii de Sănătate costul serviciilor prestate și va depune un dosar de despăgubire la Asigurător, în scopul rambursării cheltuielilor efectuate în limitele stipulate în Polița de Asigurare și Certificatul de Asigurare. Cererea de despăgubire va fi depusă în termen de cel mult 30 de zile de la data externării din spital.

7.11. În toate cazurile în care costul intervenției chirurgicale efectuate în cadrul Rețelei de Servicii de Sănătate depășește conform prevederilor Pachetului aplicabil, limitele menționate în Certificatul de Asigurare și în Polița de Asigurare, orice costuri suplimentare vor fi achitate de Membrul Asigurat.

7.12. Membrul Asigurat poate opta pentru efectuarea procedurii chirurgicale în afara Rețelei de Servicii de Sănătate, caz în care Indemnizația de Asigurare va fi achitată direct Membrului Asigurat, dacă este cazul, conform prevederilor Pachetului aplicabil și în limitele definite în Certificatul de Asigurare și în Polița de Asigurare.

7.13. Indemnizația de Asigurare va fi achitată în baza unui dosar de despăgubire depus la Asigurător, cu condiția ca respectivul Contract de Asigurare și Asigurarea Individuală să fie valabile la data efectuării intervenției chirurgicale, iar cererea de despăgubire să fie depusă în termen de cel mult 30 de zile de la data externării. Numărul de riscuri asigurate pe an de asigurare este aplicabil tuturor riscurilor chirurgicale suferite de Membrul Asigurat pe an de asigurare, indiferent dacă serviciile medicale aferente sunt furnizate în cadrul sau în afara Rețelei de Servicii de Sănătate.

7.14. Indemnizația de Asigurare pentru Intervenție Chirurgicală în cadrul Rețelei de Servicii de Sănătate, precum și Indemnizațiile de Asigurare pentru Intervenții Chirurgicale în afara Rețelei de Servicii de Sănătate sau numărul de riscuri asigurate neconsumate într-un an de poliță nu pot fi reportate în anul următor de validitate a Contractului de Asigurare.

VIII. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE PENTRU INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ

8.1. Asigurătorul va determina valoarea Indemnizației de Asigurare pentru o intervenție chirurgicală efectuată în afara Rețelei de Servicii de Sănătate, în funcție de gradul de dificultate al procedurii chirurgicale respective, în conformitate cu "Lista de Intervenții Chirurgicale" stipulată la art.10, prin aplicarea procentului corespunzător de dificultate asupra valorii Indemnizației de Asigurare prevăzute în Polița de Asigurare și Certificatul de Asigurare.

8.2. Cu privire la intervențiile chirurgicale efectuate în afara Rețelei de Servicii de Sănătate, 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.

8.3. În scopul plății Indemnizației de Asigurare, Membrul

Asigurat va pune la dispoziția Asiguratorului toate documentele disponibile, în conformitate cu art. 10, referitoare la riscul asigurat produs.

8.4. Lista Intervențiilor Chirurgicale de la art. 10 prezintă cele mai obișnuite proceduri chirurgicale și gradul de dificultate a acestora. În cazul în care procedura chirurgicală nu este inclusă în Lista de Intervenții Chirurgicale, Asiguratorul va lua în considerare o Indemnizație de Asigurare comparabilă cu una aferentă unei proceduri chirurgicale având același grad de dificultate.

8.5. În cazul în care Membrul Asigurat suportă mai multe proceduri chirurgicale pentru același accident sau mai multe proceduri chirurgicale sub aceeași anestezie, Asiguratorul va achita Indemnizația de Asigurare corespunzătoare procedurii chirurgicale cu cel mai înalt grad de dificultate și va considera că procedurile chirurgicale respective reprezintă 1 (un) singur risc asigurat cu privire la numărul de limitări ale riscurilor asigurate prevăzute în cadrul fiecărui Pachet aplicabil, în Polița de Asigurare și Certificatul de Asigurare.

8.6. Indemnizația de Asigurare acoperită în baza Contractului de Asigurare pentru intervenția chirurgicală suportată de Membrul Asigurat în afara Rețelei de Servicii de Sănătate, în România sau în străinătate, va fi achitată în RON, într-un cont bancar din România.

IX. EXCLUDERI SPECIALE – ASIGURARE PENTRU INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ

În plus față de excluderile menționate în secțiunea de Excluderi Generale din cadrul Condițiilor Generale de Asigurare de Sănătate de Grup, orice intervenție chirurgicală cauzată în mod direct sau indirect, total sau parțial, de oricare dintre condițiile de mai jos, nu va fi considerată un risc asigurat în baza prezentului Contract de Asigurare:

- O intervenție chirurgicală care nu este obligatorie din punct de vedere medical pentru sănătatea Asiguratului (precum corectarea vederii, donație de organe etc.) sau care, în opinia Asiguratorului, nu este necesară pentru tratarea bolii sau vătămării corporale;
- Intervenție chirurgicală produsă ca urmare a unei afecțiuni medicale de care suferă Asiguratul, pentru care acesta a urmat un tratament sau cu privire la care a fost avertizat înainte de intrarea în vigoare a Poliței de Asigurare;
- Intervenții chirurgicale oftalmologice efectuate în scopul corectării deficiențelor de vedere (de ex. corectarea miopiei, keratotomie radială, chirurgie reconstructivă corneeană, chirurgie refractivă);
- Intervenții chirurgicale care implică exclusiv o incizie, drenaj sau puncție la orice nivel, sutura tegumentului, mușchilor sau tendoanelor, precum și injectarea de substanțe terapeutice sau diagnostice, transfuziile de sânge sau resuscitarea externă;
- Orice intervenție chirurgicală în legătură cu sarcina, avortul sau nașterea;
- Intervenții chirurgicale efectuate ca urmare a autovătămării sau tentativei de sinucidere sau de automutilare, chiar dacă Asiguratul nu avea discernământ;
- Intervenții chirurgicale care, în opinia Asiguratorului, au scop diagnostic sau explorator, ori care nu sunt necesare

pentru tratarea bolilor sau vătămărilor corporale suferite de Asigurat;

- Tratament ori intervenție chirurgicală cosmetică și/ sau plastică, intervenții chirurgicale reconstructive, cu excepția celor recomandate de un medic specialist în vederea remedierii consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a acestei clauze suplimentare;
- Tulburări de apetit/ alimentație, obezitate, reținere, vitaminizare, terapie bioenergetică, acupunctură, implanturi dentare sau de păr;
- Tratarea insomniei, sforăitului, apneei de somn, tulburărilor de somn, proceduri de studiu și intervenții chirurgicale aferente acestora, inclusiv privind polisomnografia;
- Dializă peritoneală, hemodializă și venotomie/ arteriotomie aferentă acestora;
- Tulburări de vorbire sau auz, tulburări psihiatrice, teste sau evaluări psihologice, toate tipurile de tratament ale bolii Parkinson inclusiv intervenții chirurgicale, tulburări aferente senilității și vârstei;
- Cure de odihnă, terapii cu apă, cure efectuate în sanatoriu, îngrijire custodială și perioade de carantină, diete speciale sau proceduri ori intervenții chirurgicale pentru controlul greutateii;
- Tratament medical sau chirurgical al dinților și gingiilor cu privire la orice afecțiune, inclusiv abces, proteză și tulburări ale articulațiilor temporomandibulare;
- Noi proceduri și tehnologii medicale, tratamente sau intervenții chirurgicale experimentale, teste genetice, cu excepția cazului în care sunt aprobate de Asigurator;
- Arsuri de gradul 1.

X. LISTA INTERVENȚIILOR CHIRURGICALE ÎN AFARA REȚELEI DE SERVICII DE SĂNĂTATE (% din indemnizația maximă)

Procent	Tipul de intervenție chirurgicală
	A. Sistemul Nervos
100%	Ventriculi și spațiul subarahnoidian
100%	Nervi cranieni
100%	Meninge
50%	Nervi periferici
	B. Sistemul endocrin
100%	Glandă hipofiză
25%	Tiroidă și paratiroide
25%	Alte glande endocrine (timus, suprarenale)
	C. Săn
100%	Mastectomie totală
100%	Proteză mamară – fără proteză
50%	Intervenție la nivelul ductelor mamare
25%	Intervenție la nivelul mamelonului
	D. Ochi
50%	Orbite
50%	Arcade și pleoape
50%	Aparat lacrimal
50%	Musculatură oculară
50%	Conjunctivă și cornee
50%	Scleră și iris
50%	Camera oculară anterioară și cristalin
50%	Retină și alte părți ale ochiului
	E. Ureche
25%	Ureche externă și conduct auditiv extern
50%	Mastoidă și ureche medie
50%	Ureche internă și canalul Eustachio
	F. Tract respirator
25%	Nas
25%	Sinusuri nazale
25%	Faringe

Procent	Tipul de intervenție chirurgicală
100%	Laringe
50%	Trahee și bronhii
100%	Plămâni și mediastin
	G. Cavitare bucală
25%	Buze
0%	Dinți și gingii
25%	Limbă și palat dur
25%	Amigdale și alte părți ale cavității bucale
25%	Aparat salivar
	H. Tract digestiv superior
100%	Esofag, inclusiv hernia hiatală
100%	Stomac și tract digestiv superior
100%	Duoden
100%	Jejun
100%	Ileon
	I. Tract digestiv inferior
50%	Apendice
50%	Colon
50%	Rect
50%	Anus și regiunea perianală
	J. Alte organe digestive abdominale
100%	Ficat
50%	Vezică biliară
50%	Canale biliare
50%	Pancreas
50%	Splină
	K. Inimă
100%	Septuri, aatrii, ventriculi, transplant cardiac
100%	Valve și structuri adiacente
100%	Artere coronare
	L. Artere și vene
100%	Vase mari și arteră pulmonară
100%	Aortă
100%	Arteră carotidă și artere subclaviculare
100%	Ramurile abdominale ale aortei
100%	Artere iliace și femurale
100%	Alte artere
50%	Vene și alte vase sanguine
	M. Aparatul urinar
50%	Ureter
50%	Vezică urinară
50%	Fistulă vezicală
50%	Prostata
25%	Uretră și alte părți ale aparatului urinar
100%	Transplant renal
25%	Alte intervenții chirurgicale la nivel renal
	N. Organe genitale masculine
25%	Scrot și testicule
25%	Funicul spermatic și perineu
25%	Penis
	O. Tract genital feminin
25%	Vulvă și perineu
25%	Vagin
100%	Histerectomie
25%	Alte intervenții la nivelul uterului
25%	Trompe uterine
50%	Ovare și ligamentele largi
	P. Piele
25%	Piele și țesut subcutanat
25%	Unghii
	Q. Țesuturi moi
50%	Pleură și diafragm
50%	Perete abdominal
25%	Peritoneu
25%	Tendoane
25%	Mușchi
25%	Țesut limfatic
	R. Oase și articulații
50%	Oase ale craniului și feței
50%	Mandibulă, maxilar și articulația temporomandibulară
100%	Oase și articulații ale coloanei vertebrale
100%	Reconstrucție complexă a mâinii sau piciorului
50%	Oase

Procent	Tipul de intervenție chirurgicală
100%	Protezare articulație șold, genunchi, cap femural, cap humerus – fără proteză
50%	Articulații - altele
	S. Alte intervenții chirurgicale
50%	Amputare membru superior, membru inferior, deget
25%	Injectie epidurală în scop terapeutic
25%	Biopsie sân
50%	Endoscopie în scop terapeutic și de diagnostic
50%	Intubare gastrică
50%	Laparoscopie în scop terapeutic și de diagnostic
50%	Puncție hepatică
0%	Injectii cu substanțe în scop terapeutic
0%	Transfuzii de sânge
0%	Resuscitare externă

XI. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE PENTRU INTERVENȚIA CHIRURGICALĂ

11.1. În conformitate cu prevederile Contractului de Asigurare, Contractantul sau Membrul Asigurat trebuie să depună la Asigurator, în termen de 30 de zile de la producerea riscului asigurat, în scopul obținerii plății Indemnizației de Asigurare pentru Intervenție Chirurgicală în afara și în interiorul Rețelei de Servicii de Sănătate, conform prevederilor Pachetului aplicabil, următoarele documente:

- 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 necesitatea intervenției chirurgicale (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 Asiguratorului 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 aceluia 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;
- Copii după documentele de plată ce reflectă cheltuielile suportate de Membrul Asigurat, precum și circumstanțele producerii riscului asigurat (numele, data, diagnosticul, serviciile medicale furnizate, valoarea), în cazul efectuării tratamentului în cadrul Rețelei de Servicii de Sănătate

fără pre-autorizare;

- Documentele furnizate vor intra în proprietatea Asiguratorului.

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

11.3. Asiguratorul are dreptul să refuze plata Indemnizației de Asigurare, dacă riscul asigurat nu a fost notificat în perioada menționată în art. 11.1, iar din acest motiv nu a putut determina cauza producerii riscului asigurat și întinderea daunei.

11.4. 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 Asigurator și produs în străinătate.

11.5. Asiguratorul va determina suma Indemnizației de Asigurare de plătit, în funcție de documentele incluse în dosarul de despăgubire și în conformitate cu prevederile prezentelor Condiții de Asigurare și numai după ce a evaluat circumstanțele producerii riscului asigurat. Membrul Asigurat mandatează Asiguratorul să acționeze în numele său în scopul îndeplinirii oricărui formalități și obținerii oricărui documente necesare în scopul stabilirii împrejurărilor, cauzelor și consecințelor producerii riscului asigurat.

11.6. Asiguratorul are dreptul să investigheze prin orice mijloace specifice, pe cheltuiala sa proprie, cu ajutorul unui medic ales de acesta, starea de sănătate a Membrului Asigurat și toate procedurile desfășurate ca urmare a producerii unui risc asigurat și care face obiectul cererii de despăgubire a Membrului Asigurat.

11.7. Asiguratorul va acorda dreptul de acces și aprobarea privind spitalizarea și/sau intervenția chirurgicală înainte de accesarea serviciilor medicale de spitalizare și intervenție chirurgicală în cadrul Rețelei de Servicii de Sănătate. În caz contrar, dacă dreptul de acces nu este obținut de la Call Center și/sau aprobarea privind spitalizarea și/ sau intervenția chirurgicală nu este acordată, din orice motiv, înainte de externarea din spital a Membrului Asigurat, acesta din urmă va achita Rețelei de Servicii de Sănătate costul serviciilor consumate și va transmite dosarul de despăgubire la Asigurator în scopul obținerii rambursării costului, respectiv de la Asigurator în limitele menționate în Polița de Asigurare și în Certificatul de Asigurare. Cererea de despăgubire va fi depusă în termen de cel mult 30 de zile de la data externării din spital.

11.8. Furnizarea de informații false, înșelătoare, incomplete sau incorecte de către Asigurat sau de Beneficiarii acestuia, ori prezentarea de documente inexacte sau falsificate menite să schimbe data, împrejurările sau consecințele riscurilor vor conduce la pierderea dreptului la indemnizație în baza Contractului de Asigurare.

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

11.9. În termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii ultimului document necesar, solicitat tuturor părților ce pot contribui la stabilirea cu precizie a consecințelor și cauzelor producerii riscului asigurat, Asiguratorul fie va aproba, fie va respinge plata Indemnizației de Asigurare solicitată, ori va propune plata unei Indemnizații de

Asigurare diferite, în funcție de circumstanțele producerii riscului asigurat ce face obiectul cererii de despăgubire.

11.10. În cazul în care decesul Membrului Asigurat are loc înainte de plata Indemnizației de Asigurare, suma indemnizației va fi achitată Beneficiarilor Membrului Asigurat.

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

XII. LIMITA TERITORIALĂ

12.1. Intervențiile chirurgicale efectuate în cadrul Rețelei de Servicii de Sănătate sunt acoperite exclusiv în România. Intervențiile Chirurgicale efectuate în afara Rețelei de Servicii de Sănătate sunt acoperite prin prezentele Condiții de Asigurare atât în România, cât și în străinătate.

12.2. Indemnizațiile de Asigurare acordate în baza Contractului de Asigurare pentru riscuri produse fie în România, fie în străinătate vor fi achitate în RON, într-un cont bancar din România.

XIII. PREVEDERI FINALE

13.1. Prevederile acestei Clauze Suplimentare se completează cu dispozițiile legale în vigoare.



BRD

Asigurări de Viață

GRUPE SOCIETE GENERALE

MedCare_CdA_001/Aprilie 2018

BRD Asigurări de Viață - Toate drepturile rezervate