

ANEXĂ LA CONDIȚIILE GENERALE ALE ASIGURĂRII DE VIAȚĂ DE GRUP

Condiții Specifice de Asigurare pentru Clauza Suplimentară: AFECȚIUNI GRAVE

1. PREVEDERI INTRODUCTIVE

- 1.1. Prezentele Condiții constituie condițiile de asigurare ale Clauzei Suplimentare pentru **ASIGURAREA de AFECȚIUNI GRAVE** și reprezintă o Anexă la Condițiile Generale ale Asigurării de Viață de Grup.
- 1.2. Prezentele condiții sunt aplicabile numai în cazul în care Clauza Suplimentară **ASIGURAREA DE AFECȚIUNI GRAVE** este în vigoare.
- 1.3. Condițiile de asigurare ale prezentei Clauze Suplimentare sunt completate de mențiunile Condițiilor Generale ale Asigurării de Viață de Grup. Termenii menționați cu majuscule folosiți în prezenta Clauză au înțelesul specificat în Condițiile Generale ale Asigurării de Viață de Grup.
- 1.4. În caz de divergență între Condițiile Generale ale Asigurării de Viață de Grup și Condițiile Specifice pentru Clauza Suplimentară, prevalează prevederile Condițiilor Specifice.

2. DEFINIȚII

- 2.1. **Perioada 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.
- 2.2. **Perioada de supraviețuire** - perioada de 28 de zile de la data stabilirii primului diagnostic privind afecțiunea gravă

3. OBIECTUL ASIGURĂRII PREZENTEI CLAUZE SUPPLEMENTARE

- 3.1. Obiectul asigurării prezentei Clauze este reprezentat de acoperirea Asiguratului în caz de Afecțiuni Grave.
- 3.2. Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare în cazul în care un asigurat a fost diagnosticat cu o Afecțiune gravă pe perioada de valabilitate a clauzei.
- 3.3. Indemnizația de asigurare se plătește doar Asiguratului.
- 3.4. Sunt asigurate următoarele Afecțiuni Grave:

3.4.1. Cancer - excluzând cazurile mai puțin avansate

- 3.4.1.1. Orice afecțiune malignă de diferite tipuri histologice caracterizată prin creșterea și răspândirea necontrolată a celulelor maligne care invadează țesuturile. Diagnosticul trebuie susținut de examen histologic sau - în cazul malignității sistemice - examene citologice.
- 3.4.1.2. Pentru definiția de mai sus, următoarele nu sunt acoperite:
 - I. Cancer in situ.
 - II. Dovezi ale existenței de celule canceroase sau material genetic canceros detectate numai prin probe moleculare sau biochimice (inclusiv, dar fără a se limita la tehnici de studiu extins al proteinelor sau tehnici bazate pe ADN/ARN) fără nicio leziune care poate fi evidențiată la nivel tisular.
 - III. Orice carcinom bazocelular, non-melanom și melanom in situ.
 - IV. Boli maligne ale prostatei clasificate TNM T1N0M0 sau de gravitate mai mică.
 - V. Toate carcinoamele papilare ale tiroidei clasificate TNM ca T1N0M0 sau de gravitate mai mică.
 - VI. Toate bolile maligne hematologice, ale măduvei osoase sau a ganglionilor limfatici care nu necesită transfuzii de sânge recurente, chimioterapie sistemică, terapii țintite pentru cancer, transplant de măduvă osoasă, transplant de celule stem hematopoietice sau alt tratament intervențional major.
 - VII. Toate tumorile neuroendocrine (TNE) și neoplasmelor (NNE) clasificate TNM ca G1, PanNETG1, T1N0M0 sau de gravitate mai mică.
 - VIII. Toate tumorile stromale gastrointestinale clasificate TMN T1N0M0 sau având o rată mitotică < 6 per 50 câmpuri de mare putere (hpf).

3.4.1.3. Pentru clarificare, menționăm că orice boală sau afecțiune descrisă sau clasificată ca oricare dintre următoarele nu este considerată cancer pentru definiția de mai sus:

- pre-maligne;
- non-invaziv;
- având malignitate limită sau potențial malign scăzut;
- displazie cervicală CIN-1, CIN-2 sau CIN-3

3.4.1.4. Nu se va acorda Indemnizație de asigurare dacă simptomele apar pentru prima dată sau afecțiunea apare sau este diagnosticată pentru prima dată în termen de 90 de zile de la data începerii asigurării sau a repunerii în vigoare a poliței.

3.4.2. Infarctul miocardic – care duce la afectarea funcției inimii

3.4.2.1. Necroza miocardului într-o zonă bine delimitată din cauza unei ocluzii a arterelor coronare, fiind susținută de următoarele simptome:

- a. Simptome tipice ale unui infarct miocardic;
- b. Recente modificări caracteristice ale electrocardiogramei (ECG) care sugerează un infarct miocardic;
- c. Creșterea tranzitorie a troponinei T sau I cardiace sau a enzimelor cardiace, inclusiv Creatinkinaza MB, peste nivelurile de referință de laborator general acceptate pentru infarctul miocardic;
- d. Dovada reducerii permanente a fracției de ejeție a ventriculului stâng sub 50% din cauza infarctului miocardic evidențiată cel mai devreme la o lună după eveniment.

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

- a. Orice eveniment care nu a fost confirmat ca fiind un atac de cord de către un cardiolog sau un medic generalist;
- b. Infarct de vechime nedeterminată;
- c. O creștere a biomarkerilor cardiaci cauzată direct de o procedură cardiacă intra-arterială, inclusiv, dar fără a se limita la angiografia și angioplastia coronariană.

3.4.3. Accident vascular cerebral – rezultând deficite neurologice permanente

3.4.3.1. Reprezintă necroza țesutului cerebral sau a măduvei spinării într-o zonă bine delimitată, cauzată de o hemoragie acută netraumatică sau ischemie cerebrală sau a măduvei spinării, care are ca rezultat o disfuncție neurologică severă, permanentă și ireversibilă.

3.4.3.2. Condiția pentru plata indemnizației este ca toate următoarele criterii să fie îndeplinite:

- a. Diagnosticul trebuie susținut de o tehnică imagistică (de exemplu, tomografie computerizată (CT), imagistică prin rezonanță magnetică (RMN)) care să demonstreze relația dintre noua disfuncție neurologică și zona nou afectată la nivel cerebral sau la nivelul măduvei.
- b. Evaluarea disfuncției neurologice permanente și ireversibile se poate face nu mai devreme de 3 luni de la accidentul vascular cerebral.

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

- a. Atacul ischemic tranzitoriu (AIT);
- b. Accident vascular cerebral de vechime nedeterminată;
- c. Diagnosticul accidentului vascular cerebral bazat numai pe biomarkeri;
- d. Accident vascular cerebral care afectează doar funcționalitatea olfactivă, vestibulară sau vederea.

3.4.4. Demența avansată

3.4.4.1. Semnifică faptul că persoana asigurată a fost diagnosticată boala Alzheimer sau altă demență.

- a. Boala Alzheimer este o boală degenerativă progresivă a creierului, caracterizată prin atrofie difuză în întregul cortex cerebral, cu modificări histopatologice distincte.
- b. Demența este o tulburare mentală organică caracterizată printr-o pierdere generală a abilităților intelectuale care implică afectarea memoriei, a capacității de luare a deciziilor și a gândirii abstracte, precum și modificări ale personalității.

Toate următoarele condiții trebuie să fie îndeplinite și să fie cauzate de boala Alzheimer sau de altă demență:

- a. Insuficiență permanentă ireversibilă a funcției cognitive;
- b. Testele standardizate trebuie să dovedească o afectare cognitivă semnificativă din cauza bolii Alzheimer sau a demenței;
- c. Persoana asigurată trebuie să necesite supraveghere continuă pentru a preveni comportamentele auto și heteroagresive.

3.4.4.2. Nu se va acorda Indemnizație de asigurare pentru tulburările bipolare.

3.4.5. Chirurgia aortei

3.4.5.1. Orice intervenție chirurgicală ce implică repararea sau înlocuirea parțială a aortei din cauza unui anevrism de aortă, a unei coarctații a aortei sau a unei rupturi traumatice ale aortei. În sensul acestei definiții, aorta înseamnă aorta toracică și abdominală, dar nu ramurile acesteia.

3.4.5.2. Excludere: Chirurgia endovasculară nu este acoperită (de ex. montarea de stenturi)

3.4.5.3. Nu se va acorda Indemnizație de asigurare dacă intervenția chirurgicală este efectuată în termen de 90 de zile de la data începerii asigurării sau de la data oricărei repunerii în vigoare a poliței.

3.4.6. Anemia aplastică

3.4.6.1. Reprezintă insuficiența medulară cronică și persistentă care are ca rezultat anemie, neutropenie și trombocitopenie.

3.4.6.2. Condiția pentru plata Indemnizației de asigurare este ca ambele criterii de mai jos să fie îndeplinite:

- a. Diagnosticul trebuie susținut prin puncția măduvei osoase sau biopsie;
- b. Un test de sânge periferic trebuie să îndeplinească cel puțin două dintre următoarele trei criterii:
 - i. Numărul de neutrofile mai mic de $1 \cdot 10^9$ /litru;
 - ii. Numărul de reticulocite mai mic de 1% din eritrocite;
 - iii. Numărul de trombocite este mai mic de $50 \cdot 10^9$ /litru.

3.4.6.3. Anemia aplastică ca urmare a terapiei (de exemplu antireumatice nesteroidiene, săruri de aur, radiații sau chimioterapie) este exclusă.

3.4.7. Scleroza laterală amiotrofică

3.4.7.1. Reprezintă o boală caracterizată prin degenerarea progresivă a celulelor nervoase implicate în mișcările musculare.

3.4.7.2. Boala trebuie să aibă ca rezultat un deficit neurologic care determină incapacitatea permanentă și ireversibilă a persoanei asigurate:

- a. de a se deplasa 200 de metri pe o suprafață plană fără dispozitive de asistență sau
- b. de a se hrăni singură după ce mâncarea a fost pregătită și pusă la dispoziție.

3.4.7.3. Nu se va acorda Indemnizație de asigurare dacă simptomele apar pentru prima dată sau afecțiunea apare pentru prima dată sau este diagnosticată pentru prima dată în termen de 90 de zile de la data începerii asigurării sau de la data oricărei repunerii în vigoare a poliței.

3.4.8. Meningita bacteriană

3.4.8.1. Reprezintă inflamația membranelor care acoperă creierul sau măduva spinării cauzată de bacterii.

Boala trebuie să aibă ca rezultat un deficit neurologic ce determină incapacitatea permanentă și ireversibilă a persoanei asigurate:

- a. de a se deplasa 200 de metri pe o suprafață plană fără dispozitive de asistență sau
- b. de a se hrăni sigură după ce mâncarea a fost pregătită și pusă la dispoziție sau
- c. de a comunica verbal
- d. de a obține un scor mai mare de 15 într-un test MMSE (Mini-Mental State Examination).

3.4.8.2. Diagnosticul trebuie confirmat de un medic specialist neurolog autorizat.

3.4.9. Tumora cerebrală benignă

3.4.9.1. Reprezintă o formațiune cerebrală tumorală non-malignă, dar amenințătoare de viață. Condiția pentru plata indemnizației este ca toate următoarele criterii să fie îndeplinite:

- a. Existența tumorii trebuie dovedită de imagistică prin rezonanță magnetică (RMN), tomografie computerizată (CT) sau tehnici imagistice similare adecvate.
- b. Consecințele severe ale tumorii, cum ar fi hipertensiunea intracraniană, apariția pentru prima dată a crizelor epileptice sau afectarea motorie sau senzorială sunt verificabile în mod obiectiv.
- c. Tumora
 - i. necesită intervenții chirurgicale pentru a fi îndepărtată complet sau redusă dimensional pe cât posibil sau
 - ii. se tratează fie sub formă de chimioterapie, fie de radioterapie sau
 - iii. este într-un stadiu în care doar îngrijirea paliativă este posibilă.

3.4.9.2. Sunt excluse chisturile, calcificarile, granuloamele, malformațiile arterelor sau venelor creierului sau hematoamele.

3.4.9.3. Nu se va acorda Indemnizație de asigurare dacă simptomele apar pentru prima dată sau afecțiunea apare pentru prima dată sau este diagnosticată pentru prima dată în termen de 90 de zile de la data începerii asigurării sau de la data oricărei repunerii în vigoare a poliței.

3.4.10. Transplant de măduvă osoasă

3.4.10.1. Reprezintă transplantul interuman de celule stem hematopoietice de la un donator către persoana asigurată, precedat de ablația totală a măduvei osoase.

3.4.10.2. Transplantul autolog, care este transplantul de la către aceeași persoană, este exclus.

3.4.11. Cardiomiopatie

3.4.11.1. Reprezintă doar boala cardiacă primară.

3.4.11.2. Condiția pentru plata Indemnizației de asigurare este ca ambele criterii de mai jos să fie îndeplinite:

- a. o clasificare permanentă și ireversibilă în Clasa IV NYHA (New York Heart Association, Stand 2016) cu dispnee de repaus;
 - b. se evidențiază prin ecocardiografie sau scintigrafie faptul că fracția de ejeție a ventriculului stâng este mai mică de 30% pe o perioadă de cel puțin trei luni.
- 3.4.11.3. Sunt excluse leziuni cardiace secundare cauzate de hipertensiune arterială, boli coronariene, defecte ale valvelor cardiace sau efecte toxice.

3.4.12. Boala Crohn

- 3.4.12.1. Reprezintă o boală sistemică ce implică în principal tractul gastrointestinal, provocând diaree recurentă și persistentă, adesea cu sânge și mucus.
- 3.4.12.2. Condiția pentru plata Indemnizației de asigurare este ca toate criteriile de mai jos să fie îndeplinite simultan:
- a. Boala a condus la formarea de fistule intestinale;
 - b. Boala a condus la o obstrucție a intestinului subțire, la perforație intestinală, la o fistulă intestinală artificială sau la o amiloidoză secundară;
 - c. Diagnosticul trebuie susținut de dovezi histologice.

3.4.13. Insuficiență hepatică cronică

- 3.4.13.1. Reprezintă pierderea ireversibilă a funcției ficatului.
- 3.4.13.2. Condiția pentru plata indemnizației este ca toate criteriile de mai jos să fie îndeplinite simultan:
- a. Prezența ascitei.
 - b. Valoarea albuminei serice să fie mai mică sau egală cu 3,5 g/dl (35 g/litru)
 - c. INR-ul (International Normalized Ratio) să fie mai mare de 2,2.
- 3.4.13.3. Sunt excluse bolile hepatice secundare abuzului de alcool sau droguri.

3.4.14. Comă

- 3.4.14.1. Reprezintă o stare de lipsă a conștienței fără reacție la stimuli externi sau interni, care persistă continuu timp de cel puțin 96 de ore, necesitând utilizarea sistemelor artificiale de susținere a vieții.
- 3.4.14.2. Indicația medicală pentru comă artificială trebuie confirmată de un medic specialist autorizat.
- 3.4.14.3. Se va plăti, de asemenea, o Indemnizație de asigurare în cazul stării de comă nesusținută artificial și care durat cel puțin două luni.

3.4.15. Bypass coronarian

- 3.4.15.1. Reprezintă efectuarea printr-o toracotomie a unei grefe pentru a corecta o îngustare sau ocluzie dovedită a cel puțin unui vas de sânge coronarian.
- 3.4.15.2. Nu se va acorda Indemnizație de asigurare dacă intervenția chirurgicală este efectuată în termen de 90 de zile de la data începerii asigurării sau de la data oricărei repunerii în vigoare a poliței.

3.4.16. Boala Creutzfeldt-Jacob

- 3.4.16.1. Reprezintă o encefalopatie spongiformă rară, de obicei fatală, însoțită de semne și simptome de disfuncție cerebeloasă, demență progresivă severă, spasm muscular necontrolat, tremor și atetoză.
- 3.4.16.2. Boala trebuie să aibă ca rezultat un deficit neurologic care cauzează o permanentă (preconizată că va dura mai mult de o perioadă continuă de trei ani) și ireversibilă incapacitate a persoanei asigurate:
- a. de a se deplasa 200 de metri pe o suprafață plană fără dispozitive de asistență sau
 - b. de a se hrăni sigură după ce mâncarea a fost pregătită și pusă la dispoziție sau
 - c. de a comunica verbal
- 3.4.16.3. Un diagnostic cert al bolii Creutzfeldt-Jacob trebuie pus de către un medic specialist neurolog autorizat.
- 3.4.16.4. Sunt excluse de la acoperirea prin asigurare encefalopatiile spongiforme de altă cauză.

3.4.17. Encefalită

- 3.4.17.1. Reprezintă o inflamație acută a creierului cauzată de bacterii sau virusuri.
- 3.4.17.2. Condiția pentru plata Indemnizației de asigurare este ca toate criteriile de mai jos să fie îndeplinite simultan:
- a. Boala trebuie să aibă ca rezultat un deficit neurologic ce determină incapacitatea permanentă și ireversibilă a persoanei asigurate:
 - i. de a se deplasa 200 de metri pe o suprafață plană fără dispozitive de asistență sau
 - ii. de a se hrăni sigură după ce mâncarea a fost pregătită și pusă la dispoziție sau
 - iii. de a comunica verbal
 - iv. de a obține un scor mai mare de 15 într-un test MMSE (Mini-Mental State Examination).
 - b. Diagnosticul disfuncției neurologice trebuie confirmat de către un medic specialist autorizat, nu mai devreme de trei luni de la infecție.

3.4.18. Boala pulmonară terminală

3.4.18.1. Reprezintă o insuficiență respiratorie cronică în stadiul final. Condiția pentru plata Indemnizației de asigurare este ca ambele următoarele criterii să fie îndeplinite simultan pentru o perioadă de cel puțin trei luni:

- a. Persoana asigurată primește oxigenoterapie suplimentară timp de cel puțin 15 ore pe zi;
- b. Valoarea presiunii parțiale de oxigen a persoanei asigurate este mai mică de 55 mmHg și trebuie determinată de către un medic specialist pneumolog autorizat.

3.4.19. Granulomatoza

3.4.19.1. Reprezintă inflamația granulomatoasă autoimună a pereților vasculari care implică vase mici și medii: capilare, venule, arteriole și artere, cu afectare a căilor respiratorii superioare, a ochilor, rinichilor, plămânilor și a altor organe.

3.4.19.2. Diagnosticul trebuie confirmat prin teste clinice și de laborator, inclusiv testul de anticorpi antineutrofili citoplasmatici și descrierea detaliată a formei bolii (locală și sistemică) cu specificarea caracteristicilor clinice tipice ale bolii.

3.4.19.3. Toate afecțiunile pulmonare (alveolare și interstițiale) cu simptome similare sunt excluse.

3.4.20. Chirurgia valvelor cardiace

3.4.20.1. Reprezintă efectuarea unei intervenții chirurgicale pe cord deschis prin toracotomie pentru a înlocui sau repara cel puțin o valvă cardiacă, urmare a defectelor sau anomaliilor valvulare.

3.4.20.2. Nu vor fi plătite beneficii dacă intervenția chirurgicală este efectuată în termen de 90 de zile de la data începerii asigurării sau de la data oricărei repunerii în vigoare a poliței.

3.4.21. Traumatism cranian

3.4.21.1. Reprezintă o vătămare accidentală craniocerebrală cauzată de o forță fizică externă și care are ca rezultat un deficit neurologic ce

- a. determină incapacitatea permanentă și ireversibilă a persoanei asigurate
 - i. de a se deplasa 200 de metri pe o suprafață plană fără dispozitive de asistență sau
 - ii. de a se hrăni sigură după ce mâncarea a fost pregătită și pusă la dispoziție sau
 - iii. de a comunica verbal

b. determină obținerea un scor MMSE mai mic de 16.

3.4.22. HIV dobândit prin transfuzie de sânge

3.4.22.1. Reprezintă infectarea persoanei asigurate cu virusul imunodeficienței umane din cauza unei transfuzii de sânge după data începerii asigurării.

Condiția pentru plata indemnizației este ca ambele criterii de mai jos să fie îndeplinite:

- a. Instituția care a efectuat transfuzia își asumă răspunderea sau există o hotărâre judecătorească definitivă care nu poate fi atacată și care stabilește această răspundere.
- b. Asigurătorul trebuie să aibă acces liber la toate probele de sânge și să poată obține testarea independentă a acestor probe de sânge.

3.4.22.2. Nu se va plăti o despăgubire în oricare dintre următoarele cazuri:

- a. Infecția are orice altă cauză, inclusiv infecția ca urmare a activității sexuale sau a consumului de droguri intravenos;
- b. Persoana asigurată suferă de hemofilie;
- c. Descoperirea unui remediu medical contra HIV.

3.4.23. HIV dobândit prin desfășurarea ocupației

3.4.23.1. Reprezintă infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV), în care virusul este dobândit ca urmare a:

- a. unei vătămări survenite în cursul desfășurării ocupației persoanei asigurate sau
- b. manipulării profesionale a sângelui sau a altor fluide corporale.

Condiția pentru plata indemnizației de asigurare este ca toate criteriile de mai jos să fie îndeplinite simultan:

- a. Seroconversia trebuie să aibă loc în decurs de șase luni de la incident;
- b. Persoana asigurată trebuie să furnizeze rezultatul negativ al unui test rapid HIV sau al unui test de depistare a anticorpilor anti-HIV, test care a fost efectuat în termen de 5 zile de la incidentul raportat;
- c. Anticorpii HIV sau existența virusului HIV trebuie dovedite în termen de douăsprezece luni de la incident;
- d. Infecția trebuie să fi avut loc în timp ce asiguratul își desfășura profesia iar profesia trebuie să se regăsească în lista de mai jos.

Lista se limitează la următoarele profesii:

- Medici și stomatologi
- Asistente

- Personal de laborator
- Lucratori auxiliari spital
- Asistenți medicali și stomatologici
- Personal de ambulanță
- Moașe
- Pompieri
- Polițiști
- Ofițeri în penitenciare

3.4.23.2. Nu se va plăti Indemnizației de asigurare o despăgubire în oricare dintre următoarele cazuri:

- a. Infecția are orice altă cauză, inclusiv infecția ca urmare a activității sexuale sau a consumului de droguri intravenos.
- c. Descoperirea unui remediu medical contra HIV.

3.4.24. Alveolită fibrozantă idiopatică

3.4.24.1. Reprezintă diagnosticul neechivoc al alveolitei fibrozante idiopatice caracterizate prin afectarea difuză a țesutului interstițial pulmonar care are ca rezultat pneumoscleroză și insuficiență respiratorie, hipertensiune pulmonară și cord pulmonar cronic. Diagnosticul trebuie evidențiat prin tehnici imagistice (CT, RMN sau alte tehnici adecvate) sau lavaj bronhoalveolar și trebuie să aibă ca rezultat toate aspectele următoare:

- a. Plămân în fagure
- b. Hipertensiune pulmonară secundară cu presiune pulmonară statică medie peste 30 mmHg.

Excluderi: Sunt excluse toate afecțiunile pulmonare și ale țesutului interstițial cu simptome similare.

3.4.25. Insuficiență renală

3.4.25.1. Reprezintă insuficiența cronică ireversibilă a ambilor rinichi, în urma căreia se inițiază o dializă renală regulată sau se efectuează transplant renal.

3.4.25.2. Diagnosticul trebuie confirmat de un medic specialist nefrolog autorizat.

3.4.26. Pierderea auzului

3.4.26.1. Reprezintă pierderea permanentă și ireversibilă a auzului pentru toți stimulii acustici sub 90 de decibeli pe toate frecvențele, ca urmare a unui accident sau a unei boli.

3.4.26.2. Acest diagnostic trebuie confirmat de un medic specialist ORL autorizat.

3.4.26.3. Nu se va plăti indemnizația dacă, în opinia medicală generală, există un dispozitiv, implant, tratament sau orice alt mijloc ce poate îmbunătăți capacitatea de auz, astfel încât stimulii acustici sub 90 de decibeli să poată fi percepuți.

3.4.27. Pierderea membrelor

Reprezintă pierderea completă și permanentă a funcției a două sau mai multe membre sau pierderea completă a două sau mai multe membre deasupra încheieturii mâinii sau gleznei prin accident sau boală.

3.4.28. Mutism

3.4.28.1. Reprezintă pierderea permanentă și ireversibilă a capacității de a vorbi ca urmare a unui accident sau a unei boli. Pierderea abilității de a vorbi trebuie stabilită pentru o perioadă continuă de douăsprezece luni.

3.4.28.2. Nu se va plăti indemnizația dacă, în opinia medicală generală, există un dispozitiv, implant, tratament sau orice alt mijloc ce poate duce la restabilirea parțială sau totală a vorbirii. Sunt excluse toate cauzele psihiatrice legate de mutism.

3.4.29. Nefrita lupică

3.4.29.1. Reprezintă o inflamație a rinichilor, care apare ca urmare a lupusului eritematos sistemic (LES). LES este o boală autoimună multifactorială caracterizată prin dezvoltarea de anticorpi endogeni direcționați împotriva antigenelor proprii organismului.

Condiția pentru plata Indemnizației de asigurare este ca toate criteriile de mai jos să fie îndeplinite simultan:

- a. Diagnosticul este stabilit printr-o biopsie renală;
- b. Stadializarea corespunde cel puțin clasei a III-a din Clasificarea ISN/ RPS (Societatea Internațională de Nefrologie/ Societatea de Patologie Renală, din 2016);
- c. Diagnosticul a fost confirmat de către un medic specialist nefrolog autorizat.

3.4.30. Boala de neuron motor

3.4.30.1. Reprezintă un grup de boli caracterizate prin degenerarea progresivă a celulelor nervoase implicate în mișcărilor musculare. Boala de neuron motor include atrofia musculară spinală, paralizia bulbară progresivă, scleroza laterală amiotrofică, paralizia pseudobulbară și scleroza laterală primară.

Oricare dintre bolile neuronului motor menționate trebuie să aibă ca rezultat un deficit neurologic determinând incapacitatea permanentă și ireversibilă a persoanei asigurate

- a. de a se deplasa 200 de metri pe o suprafață plană fără dispozitive de asistență sau
- b. de a se hrăni sigură după ce mâncarea a fost pregătită și pusă la dispoziție

3.4.30.2. Nu se va acorda Indemnizație de asigurare dacă simptomele apar pentru prima dată sau afecțiunea apare pentru prima dată sau este diagnosticată pentru prima dată în termen de 90 de zile de la data începerii asigurării sau de la data oricărei repunerii în vigoare a poliței.

3.4.31. Scleroza multiplă

3.4.31.1. Reprezintă o boală inflamatorie cronică a sistemului nervos central în care există cel puțin o regiune de demielinizare în creier sau în măduva spinării demonstrată prin neuroimagnostică, cum ar fi CT, RMN sau tehnici similare de imagistică adecvate.

Scleroza multiplă trebuie să aibă ca rezultat o afectare neurologică permanentă și ireversibilă care corespunde unei valori de cel puțin 4,5 din Scala extinsă a stării de dizabilitate (din 2016).

3.4.31.2. Diagnosticul de scleroză multiplă trebuie confirmat de către un medic specialist neurolog autorizat.

3.4.31.3. Nu se va acorda Indemnizație de asigurare dacă simptomele apar pentru prima dată sau afecțiunea apare pentru prima dată sau este diagnosticată pentru prima dată în termen de 90 de zile de la data începerii asigurării sau de la data oricărei repunerii în vigoare a poliței.

3.4.32. Distrofia musculară

3.4.32.1. Reprezintă un grup de boli musculare degenerative (miopatii) care sunt determinate genetic și caracterizate prin slăbiciune și distrucție musculară.

3.4.32.2. Condiția pentru plata Indemnizației de asigurare este ca ambele criterii să fie îndeplinite:

- a. Slăbiciunea și distrucția musculară nu sunt cauzate de boli ale sistemului nervos.
- b. Boala trebuie să provoace incapacitatea permanentă și ireversibilă a persoanei asigurate de a se deplasa 200 de metri dintr-o singură mișcare pe o suprafață plană fără dispozitive de asistență.

3.4.33. Miocardita

Reprezintă o inflamație a mușchiului inimii. Boala poate fi cauzată de infecții virale, bacteriene sau fungice.

Condiția pentru plata Indemnizației de asigurare este ca toate criteriile de mai jos să fie îndeplinite simultan:

- a. Frația de ejeție a ventriculului stâng trebuie să fie mai mică de 30%;
- b. Boala trebuie tratată în spital pentru o perioadă de cel puțin trei săptămâni;
- c. La trei luni de la diagnosticul inițial de miocardită cu 30% fracție de ejeție, fracția de ejeție trebuie să se mențină mai mică de 40%.

3.4.34. Transplantul de organe

3.4.34.1. Reprezintă efectuarea unui transplant interuman de rinichi, inimă, plămân, pancreas sau cel puțin un lob întreg al ficatului (de la un donator la persoana asigurată).

3.4.34.2. Transplantul autolog și transplantul oricăror alte organe decât cele de mai sus, părți de organe (cu excepția lobului ficatului), țesuturi sau celule sunt excluse.

3.4.35. Paralizia

Reprezintă pierderea totală și ireversibilă a funcției musculare integral în oricare două membre, produsă prin accident sau boală.

3.4.36. Boala Parkinson

3.4.36.1. Reprezintă o boală degenerativă lent progresivă a sistemului nervos central cu o degenerare a neuronilor într-o regiune a creierului, care determină o reducere a nivelului de dopamină în anumite părți ale creierului.

Condiția pentru plata indemnizației este ca toate următoarele criterii să fie îndeplinite:

- a. Boala Parkinson idiopatică trebuie să fie diagnosticată fără echivoc de către un medic specialist neurolog autorizat. Prin urmare, toate diagnosticele diferențiale posibile trebuie excluse în mod explicit.
- b. Boala prezintă semne de afectare progresivă.
- c. Boala nu poate fi controlată cu medicamente.
- d. Boala trebuie să provoace un deficit neurologic care are ca rezultat o afectare permanentă și ireversibilă a mersului, caracteristică bolii Parkinson.

3.4.36.2. Cauzele Parkinsonismului induse de alcool, de medicamente/ droguri sau substanțe toxice și simptomele de tip Parkinson cauzate de deteriorarea vaselor sunt excluse.

3.4.37. Pierderea parțială a membrelor

Reprezintă pierderea fizică totală a tuturor degetelor ambelor mâini, ambelor picioare sau a tuturor degetelor unei mâini și ale unui picior.

3.4.38. Poliomielita

Reprezintă o infecție cu poliovirus care conduce la paralizie, evidențiată prin afectarea funcției motorii sau slăbiciune a mușchilor implicați în respirație. Acesta trebuie diagnosticat pe o perioadă continuă de cel puțin 90 de zile de către un medic specialist neurolog autorizat.

3.4.39. Politraumatism

Reprezintă prezența leziunilor simultane la nivelul diferitelor părți ale corpului, prin care cel puțin o leziune sau o combinație de leziuni este amenințătoare de viață. Condiția pentru plata Indemnizației de asigurare este ca ambele criterii de mai jos să fie îndeplinite:

- a. Politraumatismul are o severitate de cel puțin 16 puncte conform ISS (Injury Severity Score, din 2016).
- b. Cel puțin două regiuni ale corpului sunt afectate, conform clasificării ISS.

3.4.40. Scleroza laterală primară

3.4.40.1. Reprezintă o boală caracterizată prin degenerarea progresivă a celulelor nervoase implicate în mișcările musculare.

3.4.40.2. Boala trebuie să aibă ca rezultat un deficit neurologic care determină incapacitatea permanentă și ireversibilă a persoanei asigurate:

- a. de a se deplasa 200 de metri pe o suprafață plană fără dispozitive de asistență sau
- b. de a se hrăni sigură după ce mâncarea a fost pregătită și pusă la dispoziție.

3.4.40.3. Nu se va acorda Indemnizație de asigurare dacă simptomele apar pentru prima dată sau afecțiunea apare pentru prima dată sau este diagnosticată pentru prima dată în termen de 90 de zile de la data începerii asigurării sau de la data oricărei repunerii în vigoare a poliței.

3.4.41. Hipertensiune arterială pulmonară primară

3.4.41.1. Reprezintă o creștere patologică a presiunii sângelui în circulația pulmonară din cauza tulburărilor structurale, funcționale sau circulatorii ale plămânilor, tulburări care conduc la o mărire în dimensiuni a ventriculului drept.

Condiția pentru plata Indemnizației de asigurare este ca ambele criterii de mai jos să fie îndeplinite:

- a. o clasificare permanentă și ireversibilă în Clasa IV NYHA (New York Heart Association, Stand 2016) cu dispnee de repaus;
- b. Presiunea pulmonară medie trebuie să fie mai mare de 30 mm Hg pentru o perioadă de cel puțin șase luni. Pentru demonstrarea acestui criteriu, la începutul și la sfârșitul acestei perioade de șase luni trebuie introdus un cateter intracardiac.

3.4.41.2. Este exclusă hipertensiunea arterială pulmonară rezultată din alte cauze.

3.4.42. Paralizia bulbară progresivă

3.4.42.1. Reprezintă o boală caracterizată prin degenerarea progresivă a celulelor nervoase implicate în mișcările musculare.

3.4.42.2. Boala trebuie să aibă ca rezultat un deficit neurologic care determină incapacitatea permanentă și ireversibilă a persoanei asigurate:

- a. de a se deplasa 200 de metri pe o suprafață plană fără dispozitive de asistență sau
- b. de a se hrăni sigură după ce mâncarea a fost pregătită și pusă la dispoziție.

3.4.42.3. Nu se va acorda Indemnizație de asigurare dacă simptomele apar pentru prima dată sau afecțiunea apare pentru prima dată sau este diagnosticată pentru prima dată în termen de 90 de zile de la data începerii asigurării sau de la data oricărei repunerii în vigoare a poliței.

3.4.43. Sclerodermia progresivă (sistemică).

3.4.43.1. Reprezintă o boală sistemică de collagen care provoacă fibroză difuză progresivă la nivelul pielii, vaselor de sânge și organelor viscerale.

3.4.43.2. Diagnosticul trebuie susținut fără echivoc de biopsie și dovezi serologice, iar afecțiunea trebuie să fi atins proporții sistemice pentru a implica inima, plămânii sau rinichii.

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

- a. Sclerodermie localizată (sclerodermie liniară sau morfee);
- b. Fasceita eozinofilică;
- c. sindromul CREST.

3.4.44. Paralizia supranucleară progresivă

3.4.44.1. Reprezintă o boală degenerativă progresivă ce afectează ganglionii bazali.

3.4.44.2. Boala trebuie să aibă ca rezultat un deficit neurologic care determină incapacitatea permanentă și ireversibilă a persoanei asigurate.

- a. de a se deplasa 200 de metri pe o suprafață plană fără dispozitive de asistență sau

b. de a se hrăni sigură după ce mâncarea a fost pregătită și pusă la dispoziție

3.4.44.3. Diagnosticul PSP, bazat pe CT, RMN sau tehnici similare de imagistică adecvate, trebuie confirmat de un medic specialist neurolog autorizat.

3.4.45. Paralizia pseudobulbară

3.4.45.1. Reprezintă o boală caracterizată prin degenerarea progresivă a celulelor nervoase implicate în mișcările musculare.

3.4.45.2. Boala trebuie să aibă ca rezultat un deficit neurologic care determină incapacitatea permanentă și ireversibilă a persoanei asigurate:

a. de a se deplasa 200 de metri pe o suprafață plană fără dispozitive de asistență sau

b. de a se hrăni sigură după ce mâncarea a fost pregătită și pusă la dispoziție

3.4.45.3. Nu se va acorda Indemnizație de asigurare dacă simptomele apar pentru prima dată sau afecțiunea apare pentru prima dată sau este diagnosticată pentru prima dată în termen de 90 de zile de la data începerii asigurării sau de la data oricărei repunerii în vigoare a poliței.

3.4.46. Poliartrita reumatoidă

Reprezintă o boală sistemică inflamatorie cronică care afectează în principal articulațiile.

Condiția pentru plata Indemnizației de asigurare este ca toate criteriile de mai jos să fie îndeplinite simultan:

a. Asiguratul se află în incapacitate permanentă și ireversibilă de a desfășura cel puțin două din cele șase activități ale vieții cotidiene, conform anexei de mai jos:

Activități cotidiene	Nevoia de îngrijire permanentă	Nevoia de îngrijire pe durata zilei
mișcare	89%	42,00%
spălat	94,50%	67,00%
îmbrăcare	100,00%	30,00%
hrănire	66,00%	1,00%
îngrijire personală	97,00%	23,00%
nevoi fiziologice	91,00%	8,00%

b. Asiguratul a primit tratament optim cu medicamente modificatoare de boală (inclusiv terapii biologice, dacă este indicat) pentru o perioadă de cel puțin trei luni;

c. Diagnosticul trebuie confirmat de un medic specialist reumatolog autorizat.

3.4.47. Deficitul sever de vedere

3.4.47.1. Reprezintă o reducere ireversibilă și dovedită clinic a vederii la nivelul ambilor ochi ca urmare a unei boli sau a unui accident.

3.4.47.2. Condiția pentru plata indemnizației este ca toate criteriile de mai jos să fie îndeplinite simultan:

a. Acuitatea vizuală corectată a ochiului cu deficit mai puțin sever trebuie să fie mai mică de 6/60 sau trebuie să existe o restricție a câmpului vizual la mai puțin de 20° pentru fiecare ochi;

b. Diagnosticul trebuie confirmat de către un medic specialist oftalmolog autorizat.

3.4.47.3. Nu se va plăti Indemnizația de asigurare dacă, în opinia medicală generală, există un dispozitiv, implant, tratament sau orice alt mijloc ce poate duce la restabilirea parțială sau totală a vederii.

3.4.48. Atrofia musculară spinală

3.4.48.1. Reprezintă o boală caracterizată prin degenerarea progresivă a celulelor nervoase implicate în mișcările musculare.

3.4.48.2. Boala trebuie să aibă ca rezultat un deficit neurologic care determină incapacitatea permanentă și ireversibilă a persoanei asigurate:

a. de a se deplasa 200 de metri pe o suprafață plană fără dispozitive de asistență sau

b. de a se hrăni sigură după ce mâncarea a fost pregătită și pusă la dispoziție.

3.4.48.3. Nu se va acorda Indemnizație de asigurare dacă simptomele apar pentru prima dată sau afecțiunea apare pentru prima dată sau este diagnosticată pentru prima dată în termen de 90 de zile de la data începerii asigurării sau de la data oricărei repunerii în vigoare a poliței.

3.4.49. Arsurile de gradul trei

Reprezintă leziuni tisulare cauzate de agenți termici, chimici sau electrici care provoacă arsuri de gradul al treilea, sau arsuri ce implică toate straturile pielii și țesuturile de sub piele, pe cel puțin 20% din suprafața corpului, măsurată de Regula celor Nouă sau Diagrama suprafeței corporale Lund și Browder (ambele din 2016).

3.4.50. Colita ulcerativă

3.4.50.1. Reprezintă o boală inflamatorie cronică intermitentă a intestinului gros, care poate duce la diaree cu sânge, obstrucții sau perforații ale intestinului gros, manifestări care pot fi amenințătoare de viață.

3.4.50.2. Condiția pentru plata Indemnizației de asigurare este ca toate criteriile de mai jos să fie îndeplinite simultan:

- a. Ca parte a tratamentului acestei boli, a fost efectuată o îndepărtare completă a intestinului gros sau a fost creată o fistulă artificială pentru evacuare;
- b. Diagnosticul bolii este susținut de dovezi histopatologice.

3.4.51. Meningoencefalita/boala Lyme cauzată de mușcătura de căpușă

3.4.51.1. Reprezintă o formă severă de meningoencefalită de primăvară-vară și/sau boală Lyme cauzată de mușcătura de căpușă.

3.4.51.2. Simptomele bolii trebuie să apară în cele 3 luni ce urmează mușcăturii de căpușă. Diagnosticul meningoencefalitei de primăvară-vară și bolii Lyme trebuie să se bazeze pe următoarele criterii:

a. Meningoencefalita de primăvară-vară: Encefalită și/sau meningită cauzate de arbovirusuri specifice. Transmiterea se face de obicei prin căpușe în zonele endemic general cunoscute.

Diagnosticul trebuie să se bazeze pe:

- i. mușcătură de căpușă dovedită anamnetic;
- ii. dovada unei infecții recente, evidențiată de anticorpii Meningoencefalitei de primăvară-vară și IgM;
- iii. tratamentul meningoencefalitei într-un dispensar sau ambulatoriu;
- iv. dovada sechelelor neurologice și/sau psihiatrice severe cauzate de Meningoencefalita de primăvară-vară, așa cum este documentată și confirmată de către un medic specialist autorizat;
- v. vizită prealabilă într-o zonă endemică

b. Boala Lyme: O boală infecțioasă bacteriană, inflamatorie, cu manifestări cutanate, neurologice, cardiace și articulare.

Diagnosticul trebuie să se bazeze pe:

- i. istoric confirmat de mușcătură de căpușă;
- ii. dovada fara echivoc a existenței infecției cu *Borrelia burgdorferi*;
- iii. dovada unei infecții recente, evidențiată de anticorpi specifici (IgM și IgG);
- iv. confirmarea simptomelor și a severității de către un medic specialist;
- v. dovada sechelelor severe cauzate de boala Lyme confirmată de către un medic specialist autorizat.

4. DURATA CLAUZEI SUPLIMENTARE

4.1. Clauza Suplimentară poate fi atașată Contractului de asigurare la data intrării în vigoare a Contractului de asigurare sau la orice dată de reînnoire ulterioară a acestuia, și pe măsură ce Asiguratul se atașează grupului, după încheierea Contractului de Asigurare.

4.2. Clauza Suplimentară are aceeași valabilitate cu contractul de asigurare, conform Poliței de asigurare/ Certificatului de asigurare.

4.3. Clauza încetează în cazul rezilierii Contractului de asigurare conform prevederilor Condițiilor Generale sau la momentul reînnoirii Contractului de asigurare dacă nu mai este prevăzută în Polița de asigurare.

4.4. Pe lângă încetarea conform art. 4.3. de mai sus, pentru un Asigurat, clauza încetează:

- după plata beneficiului asigurării în cuantum de 100% din valoarea sumei asigurate pentru această clauză suplimentară;
- în momentul în care Asiguratul atinge vârsta de 67 de ani.
- la data decesului Asiguratului

5. PRIMA DE ASIGURARE

5.1. Primele de asigurare aferente prezentei clauze sunt cele specificate în Polița de asigurare

5.2. Primele de asigurare eşalonate se plătesc cu aceeași frecvență de plată lunară ca și primele aferente Contractului de asigurare de bază la care prezenta clauză este atașată.

6. PRODUCEREA RISCULUI ASIGURAT

6.1. Notificarea producerii unui risc asigurat

6.1.1. În cazul producerii riscului acoperit de prezenta Clauză suplimentară de Asigurare de Viață de Grup, Asiguratul are obligația să depună la Asigurător, în maxim 58 de zile de la producerea evenimentului asigurat, următoarele documente:

Cererea de despăgubire care să conțină declarația Asiguratului privind descrierea detaliată a împrejurărilor în care a avut loc Accidentul ce a determinat fractura/arsura

- Documente medicale din care să rezulte diagnosticul și tratamentul urmat, precum și istoricul bolii (bilete de ieșire din spital, rezultate, analize, copia fișei medicale – de la medicul de familie, etc.), rezultatele testelor medicale efectuate (ex.certificatul de analiză radiologică etc.)
- Proces-verbal de constatare a Accidentului sau orice acte care pot dovedi că fractura/arsura este consecință a unui Accident, în special în cazul Accidentelor de muncă (adeverințe medicale eliberate de instituția medicală care a dat primul ajutor, declarații ale martorilor etc.)
- Copia actului de identitate al persoanei solicitante
- Raportul poliției (în cazul investigării cazului de către poliție)
- Extras de cont din care să reiasă numărul IBAN și numele beneficiarului

6.1.2. Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita și alte documente precum și de a investiga pe cont propriu circumstanțele de producere a evenimentului asigurat, în scopul determinării obligației sale de plată.

6.1.3. În cazul acceptării cererii de despăgubire, indemnizația de asigurare se plătește în 10 zile lucrătoare de la data obținerii tuturor documentelor necesare și solicitate.

7. SUMA ASIGURATĂ

7.1 Suma asigurată pentru Asigurarea de Afecțiuni Grave pentru fiecare Asigurat este menționată în Polița de asigurare și Certificatul 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 drept Indemnizație de Asigurare în sumă fixă pe an de asigurare, sumă stipulată în polița de asigurare și Certificatul de asigurare.

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

(a) Contractul de Asigurare era valabil la data emiterii diagnosticului privind afecțiunea gravă de către autoritatea medicală specifică;

(b) Afecțiunea Gravă a fost diagnosticată după o perioadă de așteptare de trei (3) luni de la intrarea în vigoare a Asigurării Individuale;

(c) Asiguratul supraviețuiește cel puțin 28 de zile de la data stabilirii primului diagnostic privind afecțiunea gravă
Indemnizația de Asigurare se achită o singură (1) dată pe an de asigurare, indiferent de numărul de Afecțiuni Grave cu care Asiguratul a fost diagnosticat în anul respectiv de asigurare.

8.3. După fiecare Indemnizație de Asigurare achitată pentru una sau mai multe Afecțiuni Grave per an de asigurare, asigurarea rămâne valabilă pentru anul de asigurare următor cu privire la Afecțiunile Grave rămase menționate mai sus în Contractul de Asigurare.

8.4. Asigurătorul are dreptul să solicite Asiguratului 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.

8.5. În scopul plății Indemnizației de Asigurare, Asiguratul va pune la dispoziția Asigurătorului toate documentele disponibile, în conformitate cu Art.6, referitoare la riscul asigurat produs.

8.6. 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. EXCLUDERI SPECIALE – ASIGURAREA PENTRU AFECȚIUNI GRAVE

În plus față de excluderile menționate în secțiunea de Condițiile Generale, 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.

- a) orice Afecțiune Gravă ale cărei simptome se manifestă, ori care a fost diagnosticată, anterior intrării în asigurare a Asiguratului și evenimentul asigurat se întâmplă pe perioada de asigurare a prezentei clauze (afecțiune preexistentă) sau a fost diagnosticată într-un termen de 90 de zile (perioada de așteptare) de la intrarea în vigoare a asigurării pentru Asigurat;
- b) orice afecțiune congenitală.

10. PREVEDERI FINALE

10.1. Asigurătorul nu este responsabil pentru calitatea serviciilor oferite de instituțiile medicale sau de personalul medical. Prezenta clauză nu dă dreptul Asiguratului la plata indemnizației de asigurare, în cazul unui prejudiciu produs ca urmare a erorilor medicale sau neglijenței medicale.

BRD Asigurări de Viață S.A.

Strada Gheorghe Polizu nr. 58-60, et.4 (zona 1), 8
(zona 3 și 5) și et.9

Sector 1, Bucuresti

Tel: +4021.408.29.29, Fax:+4 021.408.29.13

office.brdasigurarideviata@brd.ro

CAPITAL SOCIAL: 36.116.500 LEI

C.U.I. : 24870553

R.C. J40/20877/15.12.2008

Societate autorizată de Autoritatea de Supraveghere
Financiară înregistrată în Registrul Asigurătorilor

sub nr. RA064/ 3 04 2009

Cod LEI 3157007U0N17M1JWDB35

V29.11.2022