



**CONDIȚII SPECIFICE
DE ASIGURARE**

**ASIGURAREA
SUPLIMENTARĂ
DE CHELTUIELI
MEDICALE**

groupama.ro



Groupama

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE CHELTUIELI MEDICALE DIN ORICE CAUZĂ

CUPRINS

CONDIȚII SPECIFICE DE ASIGURARE - ASIGURAREA SUPLIMENTARĂ DE CHELTUIELI MEDICALE DIN ORICE CAUZĂ	1
1. Informații introductive	1
2. Riscuri asigurate.....	1
3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare	1
4. Prima de asigurare	2
5. Indemnizația de asigurare	2
6. Excluderi.....	2
7. Definirea termenilor	3

1. Informații introductive

- 1.1 Această asigurare suplimentară este guvernată de prezentele Condiții specifice de asigurare, care fac parte din Contractul de asigurare, precum și de legislația română în vigoare privind asigurările și reasigurările și alte dispoziții legale aplicabile.
- 1.2 Contractantul/ Asiguratul poate opta pentru încheierea acestei asigurări suplimentare numai dacă a contractat asigurarea de bază.
- 1.3 Condițiile generale de asigurare ale asigurării de bază sunt valabile și se aplică în mod corespunzător și pentru această asigurare suplimentară, în afara cazului în care se precizează diferit în prezentele Condiții specifice de asigurare.
- 1.4 Prezentele Condiții de asigurare intră în vigoare la data de 15 ianuarie 2023 și se vor aplica tuturor Contractelor de asigurare încheiate după această data.

2. Riscuri asigurate

- 2.1 Riscul asigurat reprezintă **cheltuielile medicale cu recomandare medicală validă suportate de Asigurat**, ca urmare a unui **accident sau a diagnosticării cu o boală**, în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare, caz în care **Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare**, conform prezentelor Condiții specifice de asigurare, dacă a fost plătită prima de asigurare aferentă.
- 2.2 Suma asigurată anuală și limitele specifice sunt menționate în Polița de asigurare.

3. Începerea și încetarea asigurării suplimentare

- 3.1 Prezenta asigurare suplimentară se încheie odată cu asigurarea de bază sau la aniversarea/ reînnoirea Contractului de asigurare, în situația în care Contractantul asigurării a optat pentru aceasta.

- 3.2 Prezentă asigurare suplimentară începe și încetează **conform capitolului Începerea și încetarea Contractului de asigurare din Condițiile generale.**

4. Prima de asigurare

- 4.1 Prima de asigurare este stabilită de Asigurător pe baza calculului actuarial, în funcție de categoria de risc în care se încadrează ocupația Asiguratului și suma asigurată. La calculul acesteia se mai poate ține cont de: durata de asigurare, vârsta în ani împliniți, starea de sănătate, rezidența, sporturile, hobby-urile practicate.
- 4.2 Frecvența, modalitatea de plată a primelor aferente prezentei asigurări suplimentare și moneda plății sunt identice cu cele ale Contractului de asigurare de bază.
- 4.3 Neplata primei de asigurare pentru această asigurare suplimentară, plata ei cu întârziere sau repunerea în vigoare sunt supuse aceluiași prevederi cu ale Asigurării de bază.

5. Indemnizația de asigurare

- 5.1 Indemnizația de asigurare este reprezentată de **contravaloarea cheltuielilor medicale efectuate de Asigurat pe perioada unui an de asigurare și cu recomandare validă din partea unui medic, pe baza documentelor medicale și a chitanțelor/ facturilor fiscale emise pe numele Asiguratului**, până la limita maximă prevăzută în Polița de asigurare pentru componentele acestei asigurări suplimentare.
- 5.2 Asigurătorul va plăti indemnizația de asigurare, în sublimita specifică fiecărei componente, pentru cheltuieli medicale recomandate de către un medic pentru următoarele servicii:
- **transportul** efectuat de servicii de urgență de specialitate până la cel mai apropiat spital;
 - **medicamentele și materialele sanitare** prescrise de medic, materialele medicale ajutoare pentru fixarea unor părți ale corpului în baza recomandărilor medicale (orteze, corsete, gips) ca urmare a unui accident sau a unei boli diagnosticate în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare;
 - **investigații medicale** – ecografie, radiografie; lista este limitativă;
 - **servicii dentare de urgență** - tratamentul dentar de urgență în urma unui accident sau pentru îndepărtarea durerilor acute, inclusiv radiografie dentară, dacă este recomandată de medic, în limita a 450 lei/an sau echivalentul în moneda poliței.
 - **chirurgia plastică și reparatorie**, implantologia când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remedierea consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare.
- 5.3 Pentru **primele 30 de zile** de la data intrării în vigoare a acestei asigurări **sunt acoperite numai riscurile datorate în urma unui accident**. Perioada de așteptare nu se aplică în anii în care prezenta asigurare a fost reînnoită. Pentru orice întrerupere a continuității prezentei asigurări suplimentare, la reluarea acesteia se va aplica perioada de așteptare.
- 5.4 Pentru evaluarea și stabilirea dreptului la indemnizația de asigurare, Asiguratul trebuie să prezinte specific față de documentele prevăzute în Condițiile generale de asigurare ale Asigurării de bază: prescripție medicală/ recomandare medicală validă, documente de plată, chitanțele sau facturile fiscale emise pe numele Asiguratului din care să reiasă cheltuielile medicale efectuate și necesitatea medicală a acestora, care trebuie să cuprindă numele persoanei tratate, data și serviciile medicale prestate. În caz de neîndeplinire a acestei obligații, Asigurătorul are dreptul să refuze plata indemnizației, dacă din acest motiv nu a putut determina cauza producerii evenimentului asigurat și întinderea pagubei. Aceste documente se vor prezenta Asigurătorului în termen de maxim 30 de zile de la data eliberării acestora.
- 5.5 **Indemnizația de asigurare se va plăti Asiguratului până la 100% din suma asigurată pe perioada unui an** de asigurare. Pentru cazurile în care cheltuielile medicale efectuate de Asigurat depășesc suma asigurată, costurile suplimentare vor fi suportate de acesta.
- 5.6 În cazul decesului Asiguratului înainte de plata indemnizației de asigurare, aceasta va fi plătită Beneficiarilor desemnați sau, în lipsa acestora, moștenitorilor stabiliți conform prevederilor legale.

6. Excluderi

Pentru prezenta asigurare suplimentară se aplică excluderile specificate în Condițiile generale de asigurare, precum și următoarele excluderi specifice privind cheltuielile medicale determinate de:

- a. otrăvirea sau intoxicația prin introducerea de substanțe solide sau lichide pe cale orală;

- b. afecțiunile stomatologice, dacă nu sunt consecința directă a unui accident sau încadrate ca tratament dentar de urgență;
- c. chirurgia plastică și reparatorie, implantologia, cu excepția cazului când aceasta a fost recomandată expres de către un medic specialist pentru remediarea consecințelor unui accident produs în perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare;
- d. accesării oricărui serviciu medical în legătură cu fecundarea artificială, sterilitatea, infertilitatea, servicii medicale în scopul concepției unui copil, contracepția, întreruperea voluntară de sarcină (cu excepția fătului cu malformații incompatibile cu viața), mica cezariană și consecințele/ complicațiile acestora (indiferent de motivația solicitării/ efectuării acestora - prevenție, screening, investigare, monitorizare și/ sau tratament) inclusiv urmările acestora dacă nu sunt consecințe directe ale accidentului;
- e. controalele medicale sau monitorizările de rutină, cercetările exploratorii, investigațiile;
- f. ca urmare a oricărei anomalii congenitale, boli congenitale sau defecte din naștere evidente imediat după naștere sau posibil manifestate/ diagnosticate într-o etapă ulterioară sau diagnosticate/ agravate în urma unui traumatism pe parcursul vieții (cum ar fi deviația de sept nazal, hernia inghinală congenitală, varicocel, hidrocel congenital, hidronefroza congenitală, fimoză congenitală, nevi congenitali; Enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă);
- g. bolile cu transmitere sexuală;
- h. tratarea unor arsuri de grad I;
- i. tratamentul prin acupunctură, bioenergia sau metodele neconvenționale, asistența medicală acordată de homeopati, medicina naturistă, medicina alternativă;
- j. tratamentul recuperator și fizioterapia (de ex.: masaj, hidromasaj, kinetoterapie, tratamente balneoclimaterice; enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă);
- k. cumpărarea de vitamine, suplimente alimentare, produse naturiste sau medicamente care nu se găsesc în nomenclatorul Agenției Naționale a Medicamentului; achiziționarea de dispozitive medicale (aparate auditive, tensiometre, aparate de măsurat glicemia; enumerarea este ilustrativă și nu exhaustivă)
- l. monitorizări afecțiuni cronice (tratamente lunare);
- m. examinări imagistice (exemplu: RMN, CT).

7. Definirea termenilor

Cheltuieli medicale	cheltuieli suportate de Asigurat în urma producerii unui accident sau a diagnosticării unei boli pe perioada de valabilitate a prezentei asigurări suplimentare.
Recomandare medicală validă	o recomandare care trebuie să respecte simultan următoarele criterii: <ul style="list-style-type: none"> • să fie lizibilă, să conțină numele pacientului, diagnostic, data, parafa și semnătura medicului; • să fie obținută anterior efectuării serviciilor medicale/ cheltuielilor medicale; • să fie eliberată de un medic a cărui specialitate medicală este încadrată în categoria specialităților clinice; pentru claritate: recomandările emise de medici cu specialități paraclinice nu sunt considerate valide, fiind adresate medicului curant și nu pacientului; • să respecte limitele de competență profesională ale medicului trimițător: conform specialității medicului, acesta să dețină competența profesională de a gestiona medical afecțiunea certificată prin diagnosticul de trimitere.
Urgență medicală	vătămare corporală sau afecțiunea acută ce presupune un risc imediat care, în absența imediată a tratamentului, poate pune în pericol sănătatea/ viața Asiguratului.