

**CONDIȚII SPECIALE DE ASIGURARE PRIVIND ASIGURAREA
SUPLIMENTARĂ PENTRU AFECȚIUNI MEDICALE GRAVE**

(CSASAMG) LV80041/01

- GRAWE ROMÂNIA ASIGURARE SA –

Valabile începând cu 01.07.2014

Articolul 1: Asigurarea suplimentară pentru afecțiuni medicale grave

(1) Asigurarea suplimentară pentru afecțiuni medicale grave poate fi încheiată numai dacă există o asigurare principală, care este un contract de asigurare de viață conform Condițiilor Generale de asigurare pentru Asigurarea de Viață (CGAV) ale societății GRAWE România Asigurare S.A. sau un contract de asigurare conform Condițiilor Generale de Asigurare pentru Asigurarea de Viață de tip Unit Linked (CGAUL).

(2) Protecția prin asigurarea suplimentară pentru afecțiuni medicale grave există doar în perioada de valabilitate completă a asigurării principale. Dacă asigurarea principală se reziliază sau se transformă într-o asigurare fără plata primelor înainte de data de expirare a duratei asigurării suplimentare pentru afecțiuni medicale grave, încetează atât obligația contractantului de plată a primelor de asigurare, cât și obligația de despăgubire a asiguratului.

(3) Asigurarea suplimentară pentru afecțiuni medicale grave se referă exclusiv la persoana asigurată în asigurarea principală.

(4) Asigurarea suplimentară pentru afecțiuni medicale grave poate fi încheiată fără examinare medicală pentru asigurații cu vârsta mai mică de 51 de ani la data încheierii contractului, sau cu examinare medicală, pentru asigurații care au împlinit vârsta de 51 de ani la data încheierii contractului. Asiguratul își rezervă dreptul de a solicita examinare medicală în cazurile în care consideră necesar, indiferent de vârsta asiguratului la data încheierii contractului.

(5) Asigurarea suplimentară pentru afecțiuni medicale grave poate fi încheiată numai pentru persoane sănătoase cu vârste cuprinse între 18 și 55 de ani. Persoanele cu vârste mai mici de 18 ani sau mai mari de 55 de ani, precum și persoanele cu incapacitate totală de muncă, stabilită de către organele abilitate, nu pot fi asigurate.

(6) Pentru asigurarea suplimentară pentru afecțiuni medicale grave nu se acordă valoare de răscumpărare.

(7) Pentru asigurarea suplimentară pentru afecțiuni medicale grave nu se acordă participare la profit.

(8) Părțile pot denunța contractul de asigurare numai cu notificarea prealabilă a celeilalte părți, cu un preaviz de minim 20 de zile. Denunțarea se face începând cu prima zi a unei luni, cel mai devreme însă la sfârșitul primei perioade de asigurare.

Articolul 2: Evenimentul asigurat și acoperirea prin asigurare

(1) Asiguratul oferă protecție prin asigurare dacă asiguratul este diagnosticat, în perioada de valabilitate a asigurării, cu una din afecțiunile medicale grave prevăzute la paragraful 4 al prezentului articol, punctele 1 ÷ 20.

(2) Evenimentul asigurat se consideră a fi produs dacă asiguratul, diagnosticat cu una din afecțiunile medicale grave

prevăzute la paragraful 4 al prezentului articol, punctele 1 ÷ 20, supraviețuiește o perioadă de așteptare de cel puțin 30 de zile începând cu data confirmării diagnosticului de către medicul specialist.

(3) Acoperirea prin asigurare cuprinde producerea unui singur eveniment asigurat în perioada de valabilitate a asigurării. Prin diagnosticarea asiguratului cu una din afecțiunile medicale grave prevăzute la paragraful 4 al prezentului articol, acoperirea prin asigurare pentru celelalte evenimente asigurate încetează (atât pentru diagnosticarea ulterioară a asiguratului cu aceeași afecțiune, cât și pentru diagnosticarea asiguratului cu altă afecțiune medicală gravă).

(4) În sensul prezentelor condiții de asigurare, următoarele afecțiuni sunt considerate afecțiuni grave:

1. Infarct miocardic

Definiție

Necroza unei porțiuni a mușchiului cardiac ca rezultat al blocării circulației sanguine în una sau mai multe artere coronare, consecința unei întreruperi subite a fluxului circulator sau irigării insuficiente a regiunii cardiace respective.

Diagnostic

Diagnosticul trebuie să se bazeze pe toate cele trei criterii, fără excepție:

- istoricul tipului de durere cardiacă;
- modificări recente ale electrocardiografe asociate care constau în unde de tip "Q" recent apărute și în unde "T" inversate;
- creșterea valorilor enzimelor cardiace.

Diagnosticul trebuie stabilit de un medic specialist cardiolog, într-o clinică de specialitate de cardiologie.

Acoperire

Solicitarea asiguratului privind plata indemnizației poate fi admisă odată cu stabilirea diagnosticului conform documentației medicale de către instituția medicală în care s-a făcut tratamentul, în conformitate cu prevederile paragrafului 2 al acestui punct. Suma asigurată se plătește numai pentru prima diagnosticare a infarctului miocardic.

Excluderi

Sunt excluse următoarele afecțiuni:

- a) infarcturi silențioase depistate pe electrocardiogramă;
- b) toate tipurile de angină, incluzând angina stabilă, angina instabilă (preinfarct) și angina Prinzmetal;
- c) orice tulburări patologice care nu se bazează pe aceste criterii ci doar pe criterii ecografice, de rezonanță magnetică nucleară, de tomografie cu emisie de pozitroni;
- d) tulburări patologice care evidențiază doar unul sau două din criteriile de mai sus.

2. Intervenția chirurgicală de tip by-pass a arterelor coronare

Definiție

Intervenția chirurgicală de tip by-pass a arterelor coronare reprezintă intervenția chirurgicală recomandată de un medic de specialitate pentru a corecta stenoza sau ocluzia arterei coronare prin introducerea unei grefe de tip by-pass în scopul limitării simptomelor de tip anginos și îmbunătățirii circulației sanguine.

Diagnostic

Diagnosticul trebuie stabilit de un medic specialist cardiolog, într-o clinică de specialitate de cardiologie.

Acoperire

Solicitarea asiguratului privind plata indemnizației poate fi admisă după efectuarea intervenției chirurgicale pe torace deschis. Intervenția chirurgicală trebuie să fie prima de acest tip pentru asigurat, indiferent dacă se corectează una sau mai multe artere coronare, în conformitate cu prevederile paragrafului 2 al acestui punct.

Excluderi

Angioplastia, orice tratament cu laser și toate celelalte tehnici care nu necesită intervenție chirurgicală pe torace deschis, chirurgia valvulară, chirurgia pentru tumori intracardiacă, boli congenitale sau orice altă chirurgie nespecifică considerată ca by-pass aortocoronarian sau mamarocoronarian sau ambele, sunt excluse.

3. Cancer (tumoră malignă)

Definiție

Prezența uneia sau a mai multor tumori maligne, caracterizată de înmulțirea necontrolată și metastazarea celulelor maligne, invazia și distrugerea țesutului normal.

Diagnostic

Diagnosticul trebuie stabilit de un medic specialist oncolog sau hematolog.

Acoperire

Noțiunea de cancer (tumoră malignă) include toate formele solide de carcinom, leucemie (cu excepția leucemiei limfocitare cronice), limfoamele, boala Hodgkin și limfomul Non Hodgkin.

Solicitarea asiguratului privind plata indemnizației poate fi admisă odată cu stabilirea certă a diagnosticului, în conformitate cu prevederile paragrafului 2 al acestui punct.

Excluderi

Nu sunt acoperite prin asigurare:

- tumorile reprezentând modificări maligne de tip carcinom în situ (inclusiv displazia cervicală CIN-1, CIN-2 și CIN-3) sau tumorile a căror descriere histologică este de tip premalign;
- melanoamele cu grosime determinată prin examen histologic mai mică de 1,5 mm sau care au un nivel de invazie inferior nivelului 3 Clark;
- toate hiperkeratozele sau carcinoamele celulelor bazale ale pielii;
- toate celelalte carcinoame ale pielii, cu excepția situației în care invazia s-a extins către alte organe;
- sarcomul Kaposi și alte carcinoame asociate infecției HIV;
- cancerul de prostată histologic descris conform clasificării TNM ca T1 (inclusiv T1a sau T1b) sau forme de cancer care sunt echivalente acestora sau inferioare din punct de vedere al clasificării, inclusiv stadiul A de cancer de colon după clasificarea Dukes.

4. Accident vascular cerebral

Definiție

Disfuncția vasculară cerebrală care produce sechele neurologice permanente, tulburări motorii, precum și paralizia extremităților, și include infarctul țesutului cerebral, hemoragia unui vas intracranian sau embolismul cerebral.

Diagnostic

Diagnosticul trebuie stabilit de un medic specialist neurolog, într-o clinică de specialitate. Accidentul vascular cerebral este exclus dacă vreuna din dovezile de mai sus lipsește, de exemplu: diagnostic bazat doar pe tomografia cerebrală sau doar deficit neurologic permanent.

Acoperire

Existența unui deficit neurologic permanent la cel puțin 3 luni de la data stabilirii procesului cerebrovascular trebuie confirmată de un medic specialist neurolog. Solicitarea asiguratului privind plata indemnizației poate fi admisă numai după trecerea acestei perioade, în condițiile în care asiguratului i se pune la dispoziție documentația medicală ce confirmă diagnosticul.

Excluderi

Nu sunt acoperite prin asigurare:

- hemoragie cerebrală provocată de leziuni traumatiche, posttraumatice, epilepsie sau de infecții;
- simptome cerebrale datorate migrenei, unei tumori cerebrale, hipoxiei;
- hemoragie cerebrală provocată de complicații după chirurgia vasculară cerebrală;
- tulburări vizuale datorate malformației unei artere cerebrale, afecțiuni vasculare ce afectează ochiul sau nervul optic, alterări ischemice ale sistemului vestibular;
- consecințele SIDA sau ale stării de purtător HIV;
- atac ischemic tranzitor sau orice accident tranzitor și care este lent reversibil; deficit ischemic neurologic extins și reversibil, sincopă;
- boli care afectează în plan secundar sistemul nervos (central sau periferic);
- boli congenitale ale sistemului nervos.

5. Insuficiența renală cronică

Definiție

Insuficiența renală cronică este ultimul stadiu al unei patologii renale ce constă în afectarea cronică, ireversibilă, a funcției ambilor rinichi și care impune dializa renală regulată sau realizarea transplantului de rinichi.

Diagnostic

Diagnosticul trebuie stabilit de un medic specialist nefrolog, într-o clinică de specialitate.

Acoperire

Solicitarea asiguratului privind plata indemnizației poate fi admisă după confirmarea diagnosticului de către un medic specialist nefrolog, conform paragrafului 2 al prezentului punct și după începerea dializei renale regulate sau după efectuarea transplantului de rinichi.

Excluderi

Sunt excluse toate afecțiunile renale acute, insuficiența limitată la un singur rinichi, insuficiența renală acută ca urmare a unei traume sau ca urmare a altor cauze.

6. Transplantul de organe

Definiție

Transplantul de organe reprezintă intervenția chirurgicală de înlocuire a următoarelor organe la nivelul organismului persoanei asigurate, ca primitor: inimă, plămâni, rinichi, ficat, pancreas sau măduvă osoasă.

Diagnostic

Transplantul de organe trebuie efectuat ca urmare a unei necesități medicale confirmate de medici specialiști.

Acoperire

Solicitarea asiguratului privind plata indemnizației poate fi admisă după realizarea transplantului de organe, în conformitate cu paragraful 2 al prezentului punct.

Excluderi

Sunt excluse toate transplanturile de țesuturi, toate formele de transplant autolog de măduvă osoasă.

Referitor la transplantul de pancreas, este exclus transplantul insulelor Langerhans.

7. Scleroza multiplă

Definiție

Scleroza multiplă este o boală cronică, degenerativă, caracterizată prin degenerarea țesutului nervos, localizată în creier sau măduva spinării și manifestată prin paralizie totală sau parțială, parestezii și/sau nevrită optică sau alte manifestări tipice ale bolii.

Diagnostic

Diagnosticul este stabilit pe baza istoricului medical, a analizei lichidului cefalo-rahidian și a prezenței a mai mult de un simptom neurologic bine definit, cu deteriorări funcționale nervoase manifestate pe o durată mai mare de 6 luni. Diagnosticul trebuie confirmat prin tehnici de investigație modernă, ca tomografia și rezonanța magnetică nucleară.

Acoperire

Solicitarea asiguratului privind plata indemnizației poate fi admisă după confirmarea diagnosticului de către un medic specialist neurolog, conform paragrafului 2 al prezentului punct. Manifestările neurologice trebuie să fie prezente pe o perioadă de minimum 6 luni sau să existe cel puțin două recidive.

8. Paralizia

Definiție

Paralizia se instalează (ca efect al îmbolnăvirilor sau accidentelor) prin lezarea permanentă și totală a măduvei spinării. În partea corpului inervată de fibrele lezate ale căii piramidale se va produce o paralizie de un grad proporțional cu gradul de lezare, cu apariția slăbiciunii sau imposibilității efectuării mișcărilor voluntare.

Diagnostic

Relația de cauzalitate dintre îmbolnăvire sau accident și paralizie trebuie stabilită printr-un diagnostic de certitudine, imediat după instalarea paraliziei.

Diagnosticul trebuie stabilit de un medic specialist neurolog, într-o clinică de specialitate.

Acoperire

Solicitarea asiguratului privind plata indemnizației poate fi admisă după stabilirea diagnosticului de certitudine, în conformitate cu paragraful 2 al prezentului punct.

Excluderi

Este exclus sindromul Guillain-Barré.

9. Pierderea vederii (cecitate)

Definiție

Pierderea completă și permanentă (ireversibilă) a acuității vizuale la ambii ochi, ca urmare a unei îmbolnăviri acute (infecții acute, boli vasculare, tumori, etc.) sau a unui accident.

Diagnosticul

Diagnosticul trebuie stabilit de un medic specialist oftalmolog, într-o clinică de specialitate.

Acoperire

Solicitarea asiguratului privind plata indemnizației poate fi admisă după confirmarea diagnosticului conform paragrafului 2 al prezentului punct.

Excluderi

Sunt excluse scăderea acuității vizuale, pierderea temporară a vederii și pierderea unilaterală a vederii.

10. Intervenția chirurgicală la nivelul aortei

Definiție

Intervenția chirurgicală pe aortă reprezintă intervenția efectuată în cazul unei boli aortice cronice, ce presupune rezecția (îndepărtarea) pe cale chirurgicală a segmentului aortic afectat și înlocuirea acestuia cu o proteză. În sensul prezentei definiții, prin aortă se înțeleg regiunile toracică și abdominală ale acesteia.

Diagnostic

Diagnosticul trebuie stabilit de un medic specialist cardiolog, într-o clinică de specialitate de cardiologie.

Acoperire

Solicitarea privind plata indemnizației poate fi admisă după efectuarea cu succes a intervenției chirurgicale, confirmată de un medic specialist cardiolog.

Excluderi

Sunt excluse intervențiile chirurgicale la nivelul ramificațiilor regiunilor toracică și abdominală ale aortei și intervențiile la nivelul ramurilor aortice.

11. Intervenția chirurgicală a valvelor cardiace

Definiție

Intervenția chirurgicală a valvelor cardiace reprezintă intervenția chirurgicală efectuată pentru înlocuirea uneia sau mai multor valve cardiace (mitrală, aortică, pulmonară și tricuspida) ca urmare a stenozei, insuficienței sau a ambelor boli.

Acoperire

Solicitarea privind plata indemnizației poate fi admisă după realizarea cu succes a înlocuirii valvei/valvelor cardiace.

Excluderi

Sunt excluse valvuloplastia cu balon, valvulotomia și repararea chirurgicală a valvelor.

12. Tumora cerebrală benignă

Definiție

Tumora cerebrală benignă este tumora necanceroasă situată la nivel cerebral care fie a fost operată sub anestezie generală, fie este neoperabilă și care produce deficiențe neurologice permanente.

Diagnostic

Diagnosticul de certitudine trebuie stabilit de un medic specialist neurolog și/sau neurochirurg și susținut de rezultate obținute prin tehnici imagistice concludente (de exemplu

Tomografie Computerizată, Rezonanță Magnetică). Prin deficiențe neurologice se înțeleg modificările neurologice permanente, evaluate și documentate timp de cel puțin trei luni.

Acoperire

Solicitarea asiguratului privind plata indemnizației poate fi admisă după cel puțin trei luni de la confirmarea diagnosticului de certitudine conform paragrafului 2 al prezentului punct.

Excluderi

Sunt excluse chisturile, granuloamele, malformațiile vasculare, hematoamele, tumorile glandei pituitare și ale măduvei spinării.

13. Coma

Definiție

Este considerată Comă starea de inconștiență ca urmare a unei boli sau a unui traumatism cranian, fără răspuns la stimulii externi și la nevoile vitale, care persistă timp de cel puțin 96 de ore, necesită măsuri tehnice de susținere a funcțiilor vitale și care cauzează deficiențe neurologice permanente.

Diagnostic

Diagnosticul de Comă trebuie stabilit de un medic specialist neurolog sau de altă specialitate în funcție de necesități, după o persistență de cel puțin 96 de ore, Deficiența neurologică permanentă trebuie confirmată prin tehnici imagistice concludente (de exemplu, Tomografie Computerizată, Rezonanță Magnetică), rezultatele analizelor de laborator, rezultatul Electroencefalogrammei, analiza lichidului cefalorahidian.

Acoperire

Solicitarea privind plata indemnizației poate fi admisă după cel puțin trei luni de la confirmarea diagnosticului de certitudine de Comă conform paragrafului 2 al prezentului punct.

Excluderi

Sunt excluse toate stările de comă rezultate în urma abuzului de alcool, droguri și medicamente.

14. Ciroza hepatică Child B sau C

Definiție

Ciroza hepatică este fibrozarea avansată și ireversibilă a țesutului hepatic normal.

Diagnostic

Diagnosticul de ciroză hepatică trebuie stabilit de un medic specialist internist (gastroenterolog sau hepatolog) în baza rezultatelor testelor clinice și de laborator (după clasificarea Child-Turcotte-Pugh, stadiul de boală Child B sau C), conform următoarelor criterii:

- A) Hepatită cronică (cu bilirubina >2 mg/dl sau >35 μmol/L)
- B) Ascită moderată
- C) Albumina <3,5 g/dl
- D) PV >4 sec sau INR >1.7
- E) Encefalopatie hepatică

Acoperire

Solicitarea asiguratului privind plata indemnizației poate fi admisă după confirmarea diagnosticului de certitudine conform paragrafului 2 al prezentului punct. Sunt acoperite numai stadiile de boală B (7-9 puncte) și C (10-15 puncte) conform clasificării Child-Turcotte-Pugh.

Excluderi

Sunt excluse ciroza hepatică în stadiul Child A, toate stadiile de ciroză și toate bolile hepatice de etiologie alcoolică și/sau determinate de consumul de droguri.

15. Boala pulmonară obstructivă cronică terminală

Definiție

Boala pulmonară obstructivă cronică terminală este afectarea severă și ireversibilă a funcției respiratorii ca urmare a unei boli pulmonare obstructive cauzate de boli pulmonare cronice (Bronșita cronică obstructivă, Bronșita astmatiformă cronică, Emfizem pulmonar, alte boli pulmonare asemănătoare).

Diagnostic

Diagnosticul de Boală pulmonară obstructivă cronică în stadiu terminal trebuie stabilit de un medic specialist pneumolog în baza rezultatelor investigațiilor clinice, de laborator, radiologice, a testelor spirometrice pentru evaluarea funcției pulmonare etc. Diagnosticul trebuie susținut de toate criteriile următoare:

- volumul maxim de aer expirat în prima secundă a unei expirații forțate VEMS (FEV 1) mai mic de un litru, modificare permanentă (testul Tiffeneau);
- presiunea parțială a oxigenului de cel mult 55mmHg (PaO₂ sub 55 mmHg) la analiza gazelor din sângele arterial;
- necesitatea Oxigenoterapiei permanente pentru hipoxemie.

Acoperire

Solicitarea privind plata indemnizației poate fi admisă după stabilirea diagnosticului de certitudine al fazei terminale a Bolii pulmonare obstructive cronice, în conformitate cu paragraful 2 al prezentului punct.

Excluderi

Sunt excluse toate celelalte boli pulmonare: bolile pulmonare inflamatorii și granulomatoase, insuficiența respiratorie ca urmare a unei boli respiratorii acute, a bolilor tumorale și a altor boli asemănătoare.

16. Pierderea unui membru

Definiție

Pierderea unui membru reprezintă pierderea completă și ireversibilă a cel puțin unui membru deasupra articulației pumnului, respectiv deasupra gleznei, provocată de un accident sau de o boală.

Diagnostic

Pierderea a cel puțin unui membru trebuie confirmată de un medic specialist chirurg, ortoped și/sau traumatolog. Asiguratorului i se va pune la dispoziție documentația medicală ce confirmă diagnosticul.

Acoperire

Solicitarea privind plata indemnizației poate fi admisă după stabilirea diagnosticului de certitudine conform paragrafului 2 al prezentului punct.

17. Traumatismul cranian major

Definiție

Traumatismul cranian major reprezintă totalitatea manifestărilor clinice ce apar în urma unui traumatism ce implică cutia craniană. În urma producerii traumatismului, asiguratul trebuie să prezinte deficite neurologice permanente,

manifestate prin imposibilitatea de a efectua independent cel puțin trei din următoarele activități zilnice curente:

17.1 spălatul (capacitatea asiguratului de a se spăla în cadă sau sub duș);

17.2 îmbrăcatul (capacitatea asiguratului de a pune, scoate, de a încheia și descheia hainele și accesoriile);

17.3 igiena personală (capacitatea asiguratului de a folosi toaleta (WC));

17.4 mobilitatea (capacitatea asiguratului de a se deplasa);

17.5 continența (capacitatea asiguratului de a controla sfincterul vezical și sfincterul anal);

17.6 hrănirea (capacitatea asiguratului de a se hrăni);

17.7 capacitatea asiguratului de a-și lua singur medicamentele;

17.8 capacitatea asiguratului imobilizat la pat de a se ridica singur.

Deficitele neurologice permanente trebuie să fie evaluate și documentate medical timp de cel puțin trei luni.

Diagnostic

Diagnosticul trebuie confirmat de un medic specialist neurolog sau neurochirurg și susținut de investigații paraclinice, cum ar fi rezonanță magnetică nucleară sau computer tomograf cranio-cerebral.

Acoperire

Solicitarea privind plata indemnizației poate fi admisă după confirmarea diagnosticului conform paragrafului 2 al prezentului punct.

Excluderi

Sunt excluse toate traumatismele cerebrale fără afectare neurologică permanentă, epilepsia posttraumatică, stările postoperatorii după intervenția chirurgicală pentru evacuarea unui hematom intracerebral cu genезă posttraumatică.

18. Arsuri grave

Definiție

Arsurile grave sunt leziuni ale țesuturilor provocate de agenți termici, chimici, electricitate și radiații. Sunt acoperite arsurile de gradul 3 și 4 cu afectare de cel puțin 20% din suprafața corpului.

Diagnostic

Diagnosticul de arsură gravă trebuie stabilit de un medic specialist în chirurgie plastică, reparatorie, arsuri, dermatologie și confirmat în baza rezultatelor specifice ce includ localizarea exactă, suprafața arsă, evoluția tratamentului, cicatricile rezultate și eventualul transplant de piele. Pentru calcularea suprafeței arse în cazul adulților se folosește regula lui Wallace (regula lui 9). În cazul copiilor, calculul suprafeței arse se face conform diagramei Lund-Browder.

Acoperire

Solicitarea privind plata indemnizației poate fi admisă după efectuarea integrală a tratamentului arsurilor.

Excluderi

Sunt excluse toate arsurile de gradul 1, 2 și arsurile de gradul 3 și 4 cu afectare mai mică de 20% din suprafața corpului după regula lui Wallace la adulți, respectiv după diagrama Lund-Browder la copii.

19. Pierderea vocii și a funcționii vorbirii

Definiție

Pierderea vocii și a funcționii vorbirii reprezintă pierderea totală și irecuperabilă a capacității de a vorbi ca urmare a unei afecțiuni la nivelul corzilor vocale (procese tumorale primare sau secundare ori alte boli) ori ca urmare a afectării funcționii centrului vorbirii din scoarța cerebrală și a ganglionilor bazali.

Diagnostic

Diagnosticul trebuie stabilit de un medic specialist ORL și confirmat în baza rezultatelor testelor clinice și de laborator și a investigațiilor paraclinice (teste pentru verificarea vorbirii spontane, teste cognitive, intervenții neuroradiologice, rezonanță magnetică nucleară cu sau fără angiografie, computer tomograf cranio-cerebral și alte investigații neurologice pentru determinarea etiologiei pierderii funcționii vorbirii).

Acoperire

Solicitarea privind plata indemnizației poate fi admisă după cel puțin șase luni de la confirmarea diagnosticului de certitudine de pierdere a vocii și funcționii vorbirii, conform paragrafului 2 al prezentului punct.

Excluderi

Sunt excluse toate tulburările temporare ale funcționii vorbirii, pierderea de natură psihogenă a funcționii vorbirii, alte cauze psihiatrice.

20. Pierderea auzului (Surditate)

Definiție

Pierderea auzului reprezintă pierderea totală și ireversibilă a auzului la ambele urechi ca urmare a unei boli (boală inflamatorie acută, boală vasculară, procese tumorale) sau a unui accident, confirmată clinic și audiometric.

Diagnostic

Diagnosticul de Surditate trebuie stabilit de un medic specialist ORL și susținut de teste audiometrice și ale pragului de sunete.

Articolul 3: Începutul și durata protecției prin asigurare

(1) Protecția prin asigurarea pentru afecțiuni medicale grave începe la ora 00.00 a zilei specificate ca dată de început a asigurării în poliță, dar în niciun caz mai devreme de expirarea perioadei de așteptare conform paragrafului 2 al prezentului articol, cu condiția ca prima de asigurare să fie achitată la acea dată.

(2) Protecția prin asigurare pentru toate afecțiunile medicale grave prevăzute în art. 2, paragraful 4, începe după trecerea unei perioade de 3 luni (perioadă de așteptare), de la data menționată în poliță ca început al asigurării.

(3) Asigurarea suplimentară pentru afecțiuni medicale grave încetează după producerea evenimentului asigurat, în sensul art. 2, paragraful 1, cel mai târziu însă la ora 24.00 a zilei trecute în poliță ca dată de încetare a asigurării.

Articolul 4: Factorii relevanți pentru evaluarea riscului de către asigurator

(1) Pe lângă prevederile art. 7 al Condițiilor Generale de asigurare pentru Asigurarea de Viață (CGAV), respectiv ale art. 7 al Condițiilor Generale de Asigurare pentru Asigurarea de Viață de tip Unit Linked (CGAUL) ce fac referire la obligația furnizării de declarații complete și conforme cu realitatea la încheierea contractului și la consecințele pe care le au pentru evaluarea riscului de către asigurator, sunt relevanți toți factorii care au sau care pot avea influență asupra evaluării

stării de sănătate a asiguratului, în special, dar fără a se limita la:

- toate bolile sau afecțiunile cronice, bolile psihice, afecțiunile persistente sau mai frecvente ale tensiunii arteriale, valorile patologice ale hemoleucogramei, concentrației lipidelor, glucozei în sânge sau afecțiuni legate de acestea, indiferent dacă asiguratul este sau nu sub tratament;

- toate bolile existente sau suspiciunile de boli care, din punct de vedere medical, sunt considerate riscante pentru apariția, evoluția sau progresia uneia dintre afecțiunile grave menționate în prezentele condiții;

- dependența de alcool, narcotice, nicotină sau medicamente;

- greutatea corporală;

- toate examinările sau măsurile diagnostice care sunt recomandate de medic asiguratului în perioada de 6 luni înainte de semnarea cererii de asigurare și care se referă la diagnosticarea oricărei boli sau afecțiuni menționate în prezentul paragraf, indiferent dacă asiguratul s-a supus acestor examinări și indiferent de rezultatul acestor examinări.

(2) În cererea pentru încheierea unei asigurări suplimentare pentru afecțiuni medicale grave, contractantul și asiguratul au obligația să declare factorii descriși mai sus, relevanți pentru evaluarea riscurilor de către asigurător.

(3) Nerespectarea obligațiilor prevăzute la paragraful (1) al prezentului articol exonerează asigurătorul de la plata indemnizației de asigurare. Nerespectarea obligațiilor prevăzute la paragraful (1) al prezentului articol determină vicierea consimțământului asigurătorului și contractul nu se consideră valabil încheiat.

(4) Dacă în perioada cuprinsă între semnarea cererii de asigurare și acceptarea cererii, starea de sănătate a asiguratului se modifică, acesta trebuie să anunțe acest fapt asigurătorului, în cel mai scurt timp.

(5) Dacă una din afecțiunile grave ce a fost diagnosticată era în curs de diagnosticare la data încheierii contractului de asigurare sau exista certitudinea diagnosticării ei, contractul nu se consideră valabil încheiat.

Articolul 5 Plata indemnizației de asigurare

(1) Asiguratul trebuie să anunțe asigurătorul în scris cu privire la diagnosticarea cu o afecțiune medicală gravă (în sensul prezentei condiții speciale de asigurare) în decurs de cel mult 3 luni de la diagnosticarea afecțiunii grave.

(2) În momentul solicitării indemnizației, asigurătorului trebuie să-i fie transmise, suplimentar față de Articolul 18 din Condițiile Generale de asigurare pentru Asigurarea de Viață (CGAV), respectiv față de Articolul 9 din Condițiile Generale de Asigurare pentru Asigurarea de Viață de tip Unit Linked (CGAUL), următoarele documente:

(2.1) Copie după foaia de observație a asiguratului eliberată la ieșirea din spital; adeverință în original eliberată de medicul specialist, în care este specificat cu exactitate diagnosticul; rezultatele investigațiilor medicale ce confirmă diagnosticul, în original sau copie după caz, precum și toate documentele medicale specifice pentru fiecare afecțiune/intervenție solicitate de asigurător; actele de identitate ale asiguratului.

(2.2) Dacă diagnosticarea asiguratului cu o afecțiune gravă se face în afara granițelor României, asigurătorul poate solicita ca, în vederea stabilirii evenimentului asigurat, să fie confirmat

diagnosticul de către un medic specialist cu practică pe teritoriul României, pe cheltuiela asiguratului.

(2.3) La cererea asigurătorului, asiguratul este obligat să se supună unei noi examinări medicale, efectuată de un medic agreat de asigurător, în scopul stabilirii sau verificării diagnosticului. În acest caz, costurile cu examinarea medicală sunt suportate de asigurător.

(3) Asigurătorul este pe deplin împuternicit de către asigurat și contractant să îndeplinească, în numele și în contul acestora, orice formalități și să obțină orice informații și documente necesare investigării circumstanțelor și producerii evenimentului asigurat. Autoritățile, medicul curant, alți medici, spitalele la care Asiguratul este sau a fost tratat sau consultat, precum și orice instituții publice sau private, persoane fizice sau juridice care se ocupă de cauzele și circumstanțele în care s-a produs evenimentul asigurat, sunt împuternicite să furnizeze asigurătorului toate informațiile și documentele solicitate de acesta. În acest sens, asiguratul și contractantul exonerează persoanele mai sus menționate de răspunderea referitoare la confidențialitate și respectarea secretului profesional.

Articolul 6 Cazuri speciale de limitare a răspunderii asigurătorului

(1) În afara situațiilor prevăzute la Articolul 15, paragraful 3 al Condițiilor Generale de asigurare pentru Asigurarea de Viață (CGAV), respectiv la Articolul 8 al Condițiilor Generale de Asigurare pentru Asigurarea de Viață de tip Unit Linked (CGAUL), asigurătorul este exonerat de la plata sumei asigurate dacă diagnosticarea asiguratului cu o afecțiune medicală gravă s-a produs în următoarele situații:

(1.1) Șederea permanentă sau călătoria asiguratului în regiuni cu climă nefavorabilă, inclusiv participarea la expediții științifice și de altă categorie.

(1.2) Producerea unui accident ca efect al consumului de alcool de către asigurat. Se consideră că evenimentul asigurat s-a produs ca efect al consumului de alcool de către asigurat, dacă:

- asiguratul, ca șofer al unui autovehicul, avea în momentul producerii accidentului o concentrație de peste 10,8 mmol (0,5 %) alcool în sânge;

- dacă starea de ebrietate se constată cu Alcotestul și asiguratul refuză efectuarea analizelor pentru stabilirea concentrației de alcool în sânge;

- dacă asiguratul refuză sau evită constatarea stării sale de ebrietate.

(1.3) Prin tratamentul, respectiv intervențiile chirurgicale, pe care asiguratul le-a urmat din proprie inițiativă, în afara situației în care i-au fost prescrise medical.

(1.4) Prin inducerea intenționată a îmbolnăvirii, prin slăbirea intenționată a capacităților intelectuale sau fizice, autorânire intenționată sau tentativă de suicid, cu excepția situației în care această faptă este comisă într-o stare psihică care exclude capacitatea de decizie.

(1.5) Prin cutremur sau alte catastrofe naturale.

(1.6) Prin acțiunea unui mijloc de luptă sau război, cum ar fi mine, explozibili, etc.

(1.7) Prin efectele directe sau indirecte ale radiației cu energie de cel puțin 100 eV, energiei nucleare, izotopilor radioactivi, razelor ionizante, razelor laser, microundelor, razelor ultraviolete artificiale, cu excepția cazurilor în care expunerea

s-a făcut la recomandarea medicului, sub control medical, în scop terapeutic.

(1.8) Prin producerea unui accident ca urmare a conducerii de către asigurat a unui vehicul pentru care nu posedă permis de conducere valabil pentru conducerea pe drumuri publice; această prevedere este valabilă și dacă vehiculul nu este condus pe drumuri publice.

(2) Acoperirea prin asigurare a unor riscuri excluse prin prezentul articol este posibilă printr-o convenție specială cu asiguratorul ce stabilește o clauză specială și o primă de asigurare suplimentară. În cazul în care s-au stabilit acoperiri

suplimentare, acestea vor fi trecute individual în polița de asigurare.

(3) Dacă beneficiarul este diferit de asigurat și contribuie intenționat la producerea evenimentului asigurat, asiguratorul este exonerat de la plata indemnizației de asigurare.

(4) Asiguratorul este exonerat de la plata indemnizației de asigurare dacă asiguratul încearcă să obțină în mod fraudulos indemnizația de asigurare, în special prin fals sau tentativă de fals în documente, declarații false către asigurator, către medic sau în instanță.