

PREVEDERI GENERALE

1. Raporturile contractuale dintre Asigurător, Contractant și Asigurat vor fi guvernate de Condițiile Contractuale Generale de asigurare, care se completează cu prezentele Condiții Contractuale Specifice.

2. Obiectul asigurării constă în protecția acordată de Asigurător Asiguratului, prin Serviciile medicale de Spitalizare cu sau fără Intervenții chirurgicale efectuate pe Perioada de spitalizare, furnizate acestuia în condițiile și în limitele Contractului de asigurare de Grup. Pentru decontare directă, toate Serviciile medicale incluse vor fi programate exclusiv prin intermediul serviciului Contact Center. Detaliile modului în care se face Accesul și Accesarea Serviciilor medicale sunt prezentate la Art. 6 din Condițiile Contractuale Generale și Art. 3. din prezentele Condiții Contractuale.

ART. 1. DEFINIȚII

1.1. **Coplată:** procent din cuantumul despăgubirii, reprezentând partea care rămâne de plată Asiguratului și care nu se acoperă de către Asigurător, dacă Asiguratul accesează Evenimentele asigurate în afara Rețelei de Parteneri Medicali, în Perioada de grație sau în Rețea, dar fără Aprobare prealabilă la serviciul Contact Center.

1.2. **Eveniment asigurat:** Spitalizarea și/sau Intervenția chirurgicală efectuată pe perioada spitalizării, pentru afecțiuni diagnosticate pe Perioada de asigurare (dacă nu s-a precizat altfel în Oferta de asigurare), care pot fi tratate doar într-un Spital și doar dacă Asiguratul este spitalizat.

1.3. Indemnizația de asigurare:

În cazul accesului în Rețeaua de Parteneri Medicali, reprezintă contravaloarea cheltuielilor pentru cazare (inclusiv cazarea însoțitorului copilului sub 14 ani), masa, asistența medicală, materiale sanitare, medicamente administrate și investigații suplimentare efectuate pe Perioada de spitalizare, consultul pre-anestezic și anestezia, costul intervenției chirurgicale, materialele suplimentare, biopsia, tariful standard al Medicului specialist sau primar, dacă acesta nu este inclus în costul zilei de spitalizare sau în costul intervenției chirurgicale.

Indemnizația de asigurare se acoperă în limita numărului de Zile de spitalizare și în limita Sumei asigurate stabilite în Certificatul individual de asigurare. Asigurătorul nu este responsabil pentru alte costuri, acestea fiind în responsabilitatea Asiguratului.

1.4. **Intervenție chirurgicală:** Orice procedură sau tehnică chirurgicală efectuată pe Perioada de spitalizare, în scop terapeutic cu ajutorul instrumentelor specifice, sub anestezie, de către un medic chirurg, fiind considerată necesară pentru vindecarea sau ameliorarea consecințelor unui Accident produs sau ale unei Boli diagnosticate, pe Perioada de asigurare (dacă nu s-a precizat altfel în oferta de asigurare).

1.5. **Perioada de spitalizare:** Intervalul continuu de minim 24 (douăzeci și patru) de ore, într-un Spital, în care Asiguratul, este supus zilnic unui tratament, sub îndrumarea unui Medic, în caz de necesitate medicală.

1.6. **Spital:** Instituție medicală, autorizată să acorde tratament de specialitate, care dispune de echipamente și instrumente adecvate efectuării procedurilor specifice de diagnostic și tratament și care ține o evidență clară a pacienților internați, cu menționarea tratamentului, a procedurilor terapeutice, care sunt efectuate fiecărui pacient și a evoluției zilnice a acestora.

Nu se consideră a fi Spital:

- Instituțiile destinate îngrijirii alcoolizilor sau a persoanelor dependente de droguri.
- Sanatoriile balneo-climaterice sau de recuperare neuro-psihiomotorie, TBC/ preventoriul.
- Instituțiile pentru tratarea bolilor psihice.
- Instituțiile de reabilitare.
- Instituțiile de nursing.
- Azilele pentru bătrâni.
- Centrele de zi, Ambulatorii de specialitate.

1.7. **Spitalizare:** Perioada continuă de internare a Asiguratului într-un Spital pentru minim 24 (douăzeci și patru) de ore, considerată necesară prin tratamentul zilnic efectuat pentru ameliorarea sau vindecarea unei vătămări corporale sau unei boli.

1.8. **Zi de Spitalizare:** Intervalul de 24 (douăzeci și patru) de ore consecutive, petrecut efectiv de către Asigurat în Spital. Numărul maxim acoperit pe Asigurat/ An de asigurare este menționat în Certificatul individual de asigurare.

1.9. **Suma asigurată:** Suma maximă plătită de Asigurător într-un An de asigurare, în cazul producerii Evenimentului asigurat. Este menționată în Certificatul individual de asigurare.

ART.2. LISTA DE ACOPERIRI

2.1. Costul zilelor de spitalizare în limita numerică precizată în Certificatul individual de asigurare.

În cazul în care, Asiguratul este internat într-un spital, ca urmare a unui Accident sau a unei Boli apărute și diagnosticate în Perioada de asigurare (dacă nu s-a precizat altfel în oferta de asigurare), Asigurătorul va acoperi începând cu prima zi de internare, contravaloarea fiecărei zile de spitalizare, în limita numărului de zile specificat în Certificatul individual de asigurare.

Sunt incluse: Costul pentru cazare în saloane cu un pat sau cu două/trei paturi și masa (în cazul copiilor sub 14 ani este inclusă și cazarea pentru un însoțitor), costul cu asistența medicală, materiale sanitare și medicamente, eventuale investigații suplimentare efectuate pe Perioada de spitalizare.

2.2. Costul intervenției chirurgicale efectuate pe Perioada de spitalizare, inclusiv tariful standard al Medicului primar sau specialist, Consultul pre-anestezic și anestezia, costul biopsiei, costul materialelor suplimentare de osteosinteză, proteze interne, plase, stenturi, valve artificiale, fire speciale de sutură.

Intervențiile chirurgicale sunt despăgubite numai dacă necesită minim 24 de ore de spitalizare.

ART. 3. PRECIZĂRI PRIVIND ACOPERIREA, LIMITELE DE INDEMNIZAȚIE, COPLATA

3.1. Spitalizarea trebuie să se efectueze la recomandarea scrisă a unui Medic, prin Aprobare cu programarea de către serviciul Contact Center. Aprobarea și programarea în Rețeaua de Parteneri se face respectând prevederile Art 6.5 din Condițiile Contractuale Generale și este confirmată când serviciul Contact Center transmite Formularul de trimitere către Partenerul medical. Sunt valabile și celelalte prevederi de la Art. 6.

În cazurile în care, Asiguratul a fost internat pentru o Urgență medico-chirurgicală și nu a putut solicita Aprobare și programare anterioară, atunci Asiguratul/reprezentantul său legal va anunța Spitalizarea la serviciul Contact Center în termen de 24 (douăzeci și patru) ore de la momentul Spitalizării și va transmite la adresa daune-sanatate@uniqa.ro, documentele medicale care să ateste existența Urgenței medicale, durata estimată de spitalizare, dacă s-a efectuat sau se va efectua o Intervenție chirurgicală și dacă da, procedura medicală recomandată, fișa de internare din urgență, raport medical completat de către Medicul examinator, care conține și istoricul afecțiunii, rezultatele investigațiilor efectuate, desfășurătorul de cheltuieli estimative, alte detalii în funcție de caz.

3.2. În cazul Spitalizării Asiguratului într-un Spital din Rețeaua de Parteneri Medicali, costurile serviciilor medicale acoperite conform Art 2., sunt achitate în limita maximă a numărului de zile de Spitalizare și a Sumei asigurate pe An de asigurare/Asigurat, menționată în Certificatul individual de asigurare, prin decontare directă între Asigurător și Partener Medical, cu condiția ca prevederile de la Art 3.1. să fie respectate și Prima de asigurare să fie achitată la data Spitalizării și până la expirarea Perioadei de grație.

3.3. Costurile se achită de către Asigurat/reprezentantul său legal, în cazurile menționate în Condițiile Contractuale Generale de asigurare.

În aceste cazuri, Asigurătorul va rambursa Asiguratului 80% din Indemnizația de asigurare pe baza Dosarului de daună, conținând toate documentele complete menționate la Art. 4, în limita maximă a numărului de zile de Spitalizare și a Sumei asigurate pe An de asigurare, menționată în Certificatul individual de asigurare, dacă celelalte prevederi din Condițiile Contractuale Generale și Specifice sunt respectate.

3.4. În cazul spitalizării în Spitale de stat, acolo unde nu există costuri dovedite generate de spitalizarea și/sau de intervenția chirurgicală, Asiguratul va primi o Indemnizație zilnică de spitalizare al cărui quantum numeric și valoric este precizat în Certificatul individual de asigurare pe An de asigurare.

3.5. Vor rămâne în seama Asiguratului sau a reprezentanților acestuia contravaloarea zilelor de spitalizare ce depășește limita prevăzută în Certificatul individual de asigurare sau diferența de plată până la costul total pentru Serviciile medicale neincluse.

Art. 4. DOCUMENTE PENTRU INSTRUMENTAREA DOSARULUI DE DAUNĂ

4.1. Pentru orice decontare a Indemnizației de asigurare pentru Evenimente asigurate enumerate la Art. 3.3., Asiguratul trebuie să transmită Asigurătorului:

1. fotocopia recomandării medicale privind Spitalizarea cu /sau fără intervenție chirurgicală, precum și rezultatul Consultației medicale în care s-a primit recomandarea.

2. rezultatele investigațiilor efectuate pentru diagnosticarea afecțiunii ce determină Spitalizarea cu /sau fără Intervenție chirurgicală (de exemplu, dar fără a se limita la: investigații ecografice, radiologice, CT, RMN, laborator, rezultate examene funcționale, rezultate examene histopatologice);

3. Fotocopia biletului de ieșire (externare) din Spital, semnat și parafat de către Medic;

4. Factură fiscală însoțită de chitanțe sau bonuri fiscale, având costurile pe fiecare serviciu medical prestat detaliat.

5. Fotocopia actului de identitate al Asiguratului certificată, pentru conformitate, prin semnatura olografă (certificatul de naștere pentru Asigurații copii, pașaport și carnet de ședere cu viză de reședință în România, pentru cetățenii străini) - dacă actul de identitate a expirat sau dacă acesta a fost schimbat de la ultima transmitere a lui la Asigurător);

6. Detaliile bancare ale Asiguratului (Banca și Sucursala, contul IBAN), în care dorește să fie efectuată plata Indemnizației de asigurare cuvenită.

7. În funcție de informațiile primite din partea Asiguratului sau extrase din documentele medicale transmise de acesta, Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita, pentru instrumentarea dosarului de daună alte documente medicale și legale, ca de exemplu, dar fără a se limita la:

a. Raportul final al poliției și /sau Rezultatul final al Anchetei poliției; rezoluția finală a Parchetului; rezultatele examenelor toxicologice - în cazul Serviciilor medicale accesate ca urmare a unui Accident.

b. Fotocopia fișei medicale, completă (inclusiv anexe, dacă este cazul) conformă cu originalul, purtând semnătura și parafa Medicului de familie, având paginile numerotate (1/n, 2/n, n/n, unde „n” este numărul total de pagini pe care îl are Fișa medicală) și/sau oricare alte documente medicale referitoare la patologia ce a determinat Spitalizarea cu /sau fără intervenție chirurgicală.

c. Fotocopia Foi de observație aferentă Perioadei de spitalizare.

ART 5 EXCLUDERI SPECIFICE:

În completarea Excluderilor generale care se aplică, Asigurătorul este exonerat de la plata Indemnizației de asigurare dacă Spitalizarea cu /sau fără intervenție chirurgicală este necesară pentru, sau include:

- i. Dializa;
- ii. Tariful special al Medicului care efectuează intervenția chirurgicală;
- iii. Radioterapie, chimioterapie, imunoterapie;
- iv. Tratamentul de recuperare în Spital, chiar dacă este consecutiv unui tratament staționar efectuat anterior și/sau unor proceduri de reabilitare medicală (fizioterapie, kinetoterapie, balneoterapie, biofeedback, tracțiuni, masaj, precum și alte proceduri necesare reabilitării medicale);
- v. Dispozitive medicale auxiliare (ochelari, lentile, aparate auditive, orteze, proteze, centuri medicale, bandaje compresive, corsete ortopedice, încălțăminte ortopedică, proteze externe pentru membre, coloană, cârje și alte dispozitive medicale de acest fel);
- vi. Medicamente care nu au fost prescrise de medic pe Perioada de spitalizare, precum și remediile naturiste, homeopate;
- vii. Transportul terestru sau aerian în vederea internării/externării/transferului de la un Spital la altul;
- viii. Servicii medicale, servicii spitalicești, intervenții chirurgicale, proceduri și teste de diagnosticare recomandate în Starea de graviditate, în infertilitate, sterilitate, disfuncții ovariene, inseminare artificială, fertilizare in vitro, transferul embrionului, disfuncții sexuale, nașterea, avortul, schimbarea de sex;
- ix. costurile legate de recoltări de analize sau îngrijire la domiciliu, emiterea unor certificate, rapoarte, precum și eliberarea oricărui tip de document neacoperit de asigurare;
- x. spitalizare și chirurgie în sfera buco-maxilo-facială, adresată dentiției și alveolelor dentare;
- xi. alte cheltuieli medicale nemenționate la Art. 2 Lista de acoperiri.

ART.6. INTRAREA ÎN VIGOARE A CONDIȚIILOR CONTRACTUALE SPECIFICE

În funcție de situațiile precizate mai jos, prezentele Condiții contractuale intră în vigoare la momente diferite, după cum urmează:

6.1. La Data de început a Contractului de asigurare de Grup. Condițiile Contractuale Specifice intră în vigoare simultan cu intrarea în vigoare a Contractului de asigurare și a Condițiilor Contractuale Generale sau la Data de început a asigurării pentru Asigurat.

6.2. La data repunerii în vigoare a Contractului de asigurare de Grup. În situația în care, Contractul de asigurare a avut întârziere la plata Primelor de asigurare, Repunerea în vigoare se va face în conformitate cu dispozițiile Art.3.9. din Condițiile Contractuale Generale.