

## 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. 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.
3. Prezentul Pachet are aplicată o Perioadă de așteptare de 45 de zile calendaristice consecutive, calculate de la Data de început a Contractului de asigurare. Nu se aplică în cazul Evenimentelor asigurate produse ca urmare a unui Accident sau la Reînnoirea Contractului de asigurare, dacă nu sunt efectuate schimbări cu privire la Pachetul de asigurare de Spitalizare.

## ART. 1. DEFINIȚII

1.1. **Coplanda:** procent din cuantumul despăgubirii, reprezentând partea care rămâne în sarcina 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 în serviciul Contact Center/ conform mențiunilor speciale din Polița de asigurare.

### 1.2. 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.

În cazul accesului în afara Rețelei de Parteneri Medicali/ la servicii medicale accesate pe Perioada de grație, perioadă în care achită și Prima de asigurare/ la serviciile medicale accesate fără Aprobarea prealabilă a Asigurătorului, Asigurătorul acoperă 80% din 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.

În cazul accesului în Spitalele din Sistemul public de sănătate, Asigurătorul acoperă o Indemnizație pe zi de spitalizare conform mențiunilor din Polița de asigurare și 80% din contravaloarea costurilor suplimentare dovedite, ce nu sunt acoperite de Sistemul de stat pentru materialele suplimentare de osteosinteză, proteze interne, plase, stenturi, valve artificiale, fire speciale de sutură.

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

1.3. **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.

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

1.5. **Spital:** Instituție medicală, autorizată să acorde tratament de specialitate, dispune de echipamente și instrumente adecvate efectuării procedurilor specifice de diagnostic și tratament, 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:

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

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

1.7. **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 Polița de asigurare.

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

## **ART.2. LISTA DE ACOPERIRI**

2.1. Costul zilelor de spitalizare în limita numerică precizată în Polița 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, Asigurătorul va acoperi începând cu prima zi de internare, contravaloarea fiecărei zile de spitalizare, în limita numărului de zile specificat în Polița 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, 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, cu Aprobarea și programarea de către serviciul Contact Center. Aprobarea și programarea în Rețeaua de Parteneri se fac respectând prevederile Art 6.5 din Condițiile Contractuale Generale și sunt confirmate când serviciul Contact Center transmite Formularul de trimitere către Partenerul medical. Sunt valabile și celelalte prevederi de la Art. 6.

În cazul 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](mailto: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). În caz contrar, Asiguratul va suporta contravaloarea serviciilor medicale și va solicita ulterior Asigurătorului decontarea lor, prin deschiderea dosarului de daună.

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 Polița 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 cazul în care:

- i. Asiguratul accesează în afara Rețelei de Parteneri medicali sau în Perioada de grație;
- ii. Serviciul Contact Center nu este contactat anterior accesării;
- iii. Nu s-a primit Aprobarea;
- iv. Spitalizarea se face în afara Rețelei de Parteneri medicali;
- v. Nu este anunțată Spitalizarea și/sau nu se transmit documentele în maxim 24 ore de la Spitalizare, în cazul unei Urgențe medico-chirurgicale.

În aceste cazuri, Asigurătorul va rambursa Asiguratului 80% din Indemnizația de asigurare pe baza Dosarului de daună conținând documentele menționate la Art. 4, în limita maximă a numărului de zile de Spitalizare și a Sumei asigurate pe An de asigurare/Asigurat menționată în Polița 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 intervenția chirurgicală, Asiguratul va primi o Indemnizație zilnică, conform detaliilor din Polița de asigurare.

În cazul spitalizării în spitale de stat, dacă vor exista pe Perioada de spitalizare costuri dovedite pentru materialele suplimentare de osteosinteză, proteze interne, plase, stenturi, valve artificiale, fire speciale de sutură, Asigurătorul va rambursa Asiguratului 80% din Indemnizația de asigurare pe baza Dosarului de daună conținând documentele menționate la Art. 4, în limita de despăgubire maximă a Sumei asigurate pe An de asigurare/Asigurat menționată în Polița de asigurare, dacă celelalte prevederi din Condițiile Contractuale Generale și Specifice sunt respectate.

3.5. Vor rămâne în seama Asiguratului sau a reprezentanților acestuia, contravaloarea zilelor de spitalizare ce depășesc limita prevăzută în Polița 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, fotocopia recomandării medicale privind costurile efectuate pentru materialele suplimentare de osteosinteză, proteze interne, plase, stenturi, valve artificiale, fire speciale de sutură;
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. Factura fiscală însoțită de chitanțe sau bonuri fiscale, având costurile pe fiecare serviciu medical prestat detaliat și/sau costul efectuat pentru materialele suplimentare de osteosinteză, proteze interne, plase, stenturi, valve artificiale, fire speciale de sutură;
5. Fotocopia actului de identitate al Asiguratului (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 Foii 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 și altele de acest tip; cheltuieli medicale pentru care nu există recomandare medicală scrisă, semnată și parafată de medic și/sau datată pe parcursul spitalizării.
- 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 recomandate în Starea de graviditate, inclusiv nașterea sau potpartum; tratarea unei Afecțiuni preexistente și/sau complicațiilor apărute ca urmare a evoluției în timp a Afecțiunii preexistente sarcinii;
- ix. Servicii medicale, servicii spitalicești, intervenții chirurgicale, proceduri și teste de diagnosticare recomandate în infertilitate, sterilitate, disfuncții ovariene, inseminare artificială, fertilizare in vitro, transferul embrionului, disfuncții sexuale, avortul, schimbarea de sex;
- x. Costurile legate de medicamente, proteze, implanturi, stimulatoare cardiace, valve cardiace, recoltări de analize sau îngrijire la domiciliu, emiterea unor certificate, rapoarte, precum și eliberarea oricărui tip de document neacoperit de asigurare;
- xi. Spitalizare și chirurgie în sfera buco-maxilo-facială, adresată dentiției și alveolelor dentare.

#### **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. Condițiile intră în vigoare simultan cu intrarea în vigoare a Contractului de asigurare și a Condițiilor Contractuale Generale.

6.2. La data repunerii în vigoare a Contractului de asigurare. 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 Cap.3.7. din Condițiile contractuale generale.