

1. DISPOZIȚII GENERALE

- 1.1. Raporturile contractuale dintre Asigurător, Contractant și Asigurat vor fi guvernate de Condițiile Generale de asigurare, care se completează cu prezentele Condiții Specifice, prioritar fiind cele din urmă.
- 1.2. Obiectul asigurării constă în protecția acordată de Asigurător Asiguratului, prin Serviciile medicale incluse, detaliate la Art. 2, furnizate acestuia la producerea Riscului asigurat, în condițiile și în limitele Contractului de asigurare de Grup. Detaliile modului în care se face Accesarea Serviciilor medicale sunt prezentate la Art. 5 din Condițiile Generale de asigurare.
- 1.1. Planul de asigurare de sănătate Naștere este un plan de asigurare suplimentar.

2. SERVICII MEDICALE INCLUSE

- 2.1. În cadrul acestui plan de asigurare Asigurătorul va acoperi costurile aferente serviciilor medicale legate de naștere, numai dacă acestea sunt necesare din punct de vedere medical, fiind prescrise de un medic specialist.
- 2.2. Asigurătorul va acoperi totalitatea serviciilor medicale accesate de către Asigurat la momentul nașterii, în limita sumei asigurate specificată în Polița de asigurare. Costurile care depășesc suma asigurată, vor fi suportate de către Asigurat.
- 2.3. Suma asigurată este valabilă indiferent de numărul de copii născuți sau de tipul nașterii, naturală sau cezariană.
- 2.4. Pentru planul de asigurare Naștere există o perioadă de așteptare de 9 (nouă) luni de zile, aplicabilă fiecărui Asigurat din momentul intrării în asigurarea de grup.

3. PLATA BENEFICIILOR DIN ASIGURARE

- 3.1. În cadrul Rețelei de Parteneri Medicali, serviciile medicale trebuie să fie autorizate prin intermediul serviciului de Contact Center al Asigurătorului.
- 3.2. Asigurătorul va acoperi costurile aferente nașterii, în funcție de tipul de furnizor de servicii medicale unde se efectuează serviciile medicale, după cum urmează:
 - i. pentru naștere în cadrul unui furnizor de servicii medicale privat care nu face parte din Rețeaua de Parteneri Medicali, Asigurătorul va rambursa Asiguratului la finalul spitalizării, 100% din valoarea facturii plătite, dar nu mai mult de suma asigurată/An de asigurare/Asigurat, menționată în Polița de asigurare;
 - ii. pentru naștere în cadrul unui furnizor de servicii medicale privat care face parte din Rețeaua de Parteneri Medicali, Asigurătorul va acoperi 100% din valoarea facturii, dar nu mai mult de suma asigurată/An de asigurare/Asigurat, menționată în Polița de asigurare;
 - iii. pentru naștere în cadrul unui furnizor de servicii medicale public, Asigurătorul va plăti o indemnizație egală cu suma asigurată/An de asigurare/Asigurat, menționată în Polița de asigurare.
- 3.3. Decontarea/rambursarea se face pe baza Dosarului de daună. Instrumentarea Dosarului de daună se realizează conform prevederilor din Condițiile Generale și a prezentelor Condiții Specifice, după caz.

4. EXCLUDERI SPECIFICE

- 4.1. Răspunderea Asigurătorului pentru serviciile medicale acordate în urma unui eveniment asigurat este limitată.
- 4.2. Prin derogare de la Art. 6 (j) din Condițiile Generale de asigurare, Asigurătorul își asumă răspunderea și pentru decontarea serviciilor aferente nașterii.
- 4.3. În completarea Excluserilor generale, care se aplică conform Art. 6 din Condițiile Generale de asigurare, Asigurătorul nu își asumă responsabilitatea nici pentru decontarea:
 - i. Serviciilor medicale recomandate în starea de graviditate și/sau complicațiile acesteia;
 - ii. Serviciilor medicale accesate de copilul născut în cadrul nașterii acoperite prin planul de asigurare Naștere.