

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, prioritare fiind cele din urmă.
- 1.2. Obiectul asigurării constă în protecția acordată de Asigurător Asiguratului, prin Serviciile medicale incluse, detaliate la Art. 3, 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.
- 1.3. Planul de asigurare de sănătate Spitalizare este un plan de asigurare principal.

2. DEFINIȚII

- 2.1. **Indemnizație zilnică de spitalizare:** Suma fixă plătită Asiguratului de către Asigurător, ca rezultat al spitalizării acestuia. Indemnizația zilnică se acoperă în limita numărului de zile de spitalizare și în limita sumei asigurate menționate în Polița de asigurare.
- 2.2. **Zi de spitalizare:** Ziua calendaristică de spitalizare a Asiguratului într-un spital, și care presupune șederea peste noapte.

3. SERVICII MEDICALE INCLUSE

- 3.1. Asigurătorul va acoperi, pentru o perioadă de maxim 25 de zile de spitalizare, serviciile medicale efectuate în spital (spitalizare continuă), conform planului selectat de Contractant, doar dacă sunt necesare din punct de vedere medical, sunt prescrise de un medic de specialitate și detaliate mai jos, în limitele fiecărui serviciu medical (dacă există) și ale sumei asigurate menționată în Polița de asigurare:
 - i. Intervenții chirurgicale;
 - ii. Spitalizare;
 - iii. Cazare și masă (în cazul copiilor sub 14 ani este inclusă și cazarea pentru un însoțitor);
 - iv. Analize de laborator și Investigații medicale;
 - v. Materiale sanitare (consumabile) și medicamente folosite pe perioada spitalizării;
 - vi. Dispozitive medicale utilizate pe parcursul intervenției chirurgicale;
 - i. În cazul spitalizării Asiguratului, care implică și o intervenție chirurgicală, Asigurătorul va acoperi în limita sumei asigurate, medicamentele recomandate de medicul de specialitate pe biletul de ieșire din spital, pentru tratamentul post-operatoriu aferent diagnosticului pentru care s-a intervenit chirurgical. Asigurătorul va rambursa Asiguratului 100% din contravaloarea medicamentelor, dar nu mai mult de 500 RON/an de asigurare, dar fără depășirea sumei asigurate aferentă planului de Spitalizare, menționată în Polița de asigurare.
- 3.2. Pentru planul de Spitalizare există o perioadă de așteptare de 3 (trei) luni de zile, aplicabilă fiecărui asigurat din momentul intrării în asigurarea de grup.

4. PLATA BENEFICIILOR DIN ASIGURARE

- 4.1. În cadrul Rețelei de Parteneri Medicali, serviciile medicale trebuie să fie autorizate prin intermediul serviciului de Contact Center al Asigurătorului.
- 4.2. Asigurătorul va acoperi costurile aferente spitalizării, în funcție de tipul de furnizor de servicii medicale unde se efectuează serviciile medicale, după cum urmează:
 - a) În cazul Spitalizării Asiguratului într-un Spital din Rețeaua de Parteneri Medicali, costurile serviciilor medicale acoperite conform Art 3., 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 Partenerul Medical, doar dacă serviciile medicale au fost autorizate prin intermediul serviciului de Contact Center al Asigurătorului;
 - b) În cazul Spitalizării Asiguratului într-un Spital privat din afara Rețelei de Parteneri Medicali, pe baza Dosarului de daună, Asigurătorul va rambursa Asiguratului 100% din valoarea facturii, 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 Generale și Specifice sunt respectate;

- c) 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, începând cu prima zi de spitalizare, în valoare de 200 RON/zi de spitalizare. În calculul numărului de zile de spitalizare continuă aferente unei internări, ziua de externare nu este luată în considerare. În cazul în care spitalele publice eliberează alte facturi suplimentare pentru serviciile medicale care nu sunt acoperite de sistemul social, Asigurătorul va rambursa 100% din valoarea facturii plătită de asigurat, în limita sumei asigurate.
- 4.3. Indiferent de modul de accesare, Serviciile medicale efectuate în regim de spitalizare sunt acoperite de Asigurător în limita maximă a numărului de zile de Spitalizare și a sumei asigurate, a coplăților sau franșizelor (dacă există) menționate în Polița de asigurare.
- 4.4. În cazul în care, contravaloarea Serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare depășește limita de sumă asigurată prevăzută în Polița de asigurare, diferența de plată dintre suma asigurată și costul total pentru serviciile medicale efectuate sau costul aferent serviciilor medicale neacoperite de asigurare, vor fi suportate de către Asigurat.
- 4.5. Instrumentarea Dosarului de daună se realizează conform prevederilor din Condițiile Generale și a prezentelor Condiții Specifice, după caz.

5. EXCLUDERI SPECIFICE

- 5.1. Răspunderea Asigurătorului pentru serviciile medicale acordate în urma unui eveniment asigurat este limitată.
- 5.2. În completarea Excluderilor 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, naștere și/sau complicațiile acestora;
 - ii. Serviciilor medicale privind radioterapia, chimioterapia sau imunoterapia;
 - iii. Serviciilor medicale privind controlul preventiv;
 - iv. Serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi;
 - v. Medicamentelor pentru care Asiguratul nu a primit recomandare de la medicul specialist pentru achiziționarea acestora și nu au fost menționate pe biletul de ieșire din spital sau prescripția medicală a fost emisă după externarea Asiguratului.