

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. 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.
- 1.3. Planul de asigurare de sănătate Spitalizare de zi este un plan de asigurare suplimentar.

2. SERVICII MEDICALE INCLUSE

- 2.1. În cadrul acestui plan de asigurare, Asigurătorul va acoperi următoarele servicii medicale efectuate în ambulatoriu, în regim de spitalizare de zi (fără ședere peste noapte), doar dacă sunt necesare din punct de vedere medical și sunt prescrise de un medic specialist:
 - i. Spitalizarea de zi, cu durată mai mică de 12 ore;
 - ii. Procedura chirurgicală;
 - iii. Consumabilele medicale și medicamentele folosite în timpul spitalizării de zi.
- 2.2. Suma asigurată maximă la care are dreptul Asiguratul într-un an de asigurare este specificată în Polița de asigurare.
- 2.3. Pentru planul Spitalizare de zi nu se aplică perioadă de așteptare.

3. PLATA BENEFICIILOR DIN ASIGURARE

- 3.1. În cazul în care Asiguratul efectuează serviciile medicale incluse în planul Spitalizare de zi, în cadrul Rețelei de Parteneri Medicali, serviciile medicale sunt acoperite de Asigurător, decontarea serviciilor medicale accesate fiind efectuată direct între Asigurător și furnizorul medical.
- 3.2. În cadrul Rețelei de Parteneri Medicali, serviciile medicale trebuie să fie autorizate prin intermediul serviciului de Contact Center al Asigurătorului.
- 3.3. În cazul în care Serviciile Medicale sunt accesate în afara Rețelei de Parteneri Medicali, Asiguratul achită serviciile medicale efectuate, iar pe baza Dosarului de daună, contravaloarea cheltuielilor cu Serviciile medicale acoperite, se rambursează direct către Asigurat conform procentului menționat în Polița de asigurare.
- 3.4. Indiferent de modul de accesare, serviciile medicale sunt acoperite de Asigurător în limita Sumei asigurate, a coplăților sau franșizelor existente și menționate în Polița de asigurare. Costurile care depășesc suma asigurată, precum și coplata sau franșiza (dacă acestea există), vor fi suportate de către Asigurat.
- 3.5. 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. 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 Controlul preventiv.