

## ANEXĂ LA CONDIȚIILE GENERALE ALE ASIGURĂRII DE VIAȚĂ DE GRUP

### Condiții Specifice de Asigurare pentru Clauza Suplimentară: ASIGURAREA DE CONVALESCENȚĂ DIN ORICE CAUZĂ (BOALĂ SAU ACCIDENT)

#### 1. PREVEDERI INTRODUCTIVE

- 1.1. Prezentele Condiții constituie Condițiile de asigurare ale Clauzei Suplimentare pentru **ASIGURAREA DE CONVALESCENȚĂ DIN ORICE CAUZĂ** reprezintă o Anexă la Condițiile Generale ale Asigurării de Viață de Grup, așa cum este menționat în Polița de asigurare și Certificatul de asigurare.
- 1.2. Prezentele condiții sunt aplicabile numai în cazul în care Clauza Suplimentară **ASIGURAREA DE CONVALESCENȚĂ DIN ORICE CAUZĂ** este în vigoare.
- 1.3. Prezentele condiții sunt aplicabile numai în cazul în care și Clauza Suplimentară **ASIGURAREA DE SPITALIZARE DIN ORICE CAUZĂ** este în vigoare.
- 1.4. Condițiile de asigurare ale prezentei Clauze Suplimentare sunt completate de mențiunile Condițiilor Generale ale Asigurării de Viață de Grup. Termenii menționați cu majuscule folosiți în prezența Clauzei au înțelesul specificat în Condițiile Generale ale Asigurării de Viață de Grup.
- 1.5. În caz de divergență între Condițiile Generale ale Asigurării de Viață de Grup și Condițiile Specifice pentru Clauza Suplimentară, prevalează prevederile Condițiilor Specifice.

#### 2. DEFINIȚII

Termenii folosiți în această Clauză suplimentară au următorul sens :

- **Convalescență** – perioada în care Asiguratul, după ieșirea din spital, urmează tratamentul și repausul recomandat de un medic de specialitate și în care nu poate să-și continue activitatea profesională.
- **Indemnizația Zilnică pentru Convalescență** – suma pe care Asigurătorul o plătește pentru o zi de Convalescență dovedită pe baza unui certificat de concediu medical, emis pe numele Asiguratului.
- **Pacient spitalizat** – Asiguratul tratat la pat într-un Spital, prin internare cu documente de internare.

#### 3. OBIECTUL ASIGURĂRII PREZENȚEI CLAUZEI SUPPLEMENTARE

- 3.1. Obiectul asigurării prezentei Clauze este reprezentat de acoperirea Asiguratului în caz de Convalescență din orice cauză, conform clauzelor specifice menționate în Polița de Asigurare și Certificatul de asigurare.
- 3.2. Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația de asigurare în cazul în care un asigurat suferă o spitalizare ca urmare a unui accident survenit pe perioada de valabilitate a prezentei clauze pentru membrul asigurat respectiv sau a unei boli diagnosticate pentru prima dată pe perioada de asigurare.
- 3.3. Indemnizația de asigurare se plătește numai Asiguratului.
- 3.4. Indemnizația zilnică pentru convalescență este menționată pe Polița de asigurare și Certificatul de asigurare.

#### 4. DURATA CLAUZEI SUPPLEMENTARE ȘI CONDIȚII DE ÎNCETARE

- 4.1. Clauza Suplimentară poate fi atașată Contractului de asigurare la data intrării în vigoare a Contractului de asigurare sau la orice dată de reînnoire ulterioară a acestuia, și pe măsură ce Asiguratul se atașează grupului, după încheierea Contractului de Asigurare.
- 4.2. Clauza Suplimentară are aceeași valabilitate ca și Contractul de asigurare, conform Poliței de asigurare/Certificatului de asigurare.
- 4.3. Clauza încetează în cazul rezilierii Contractului de asigurare conform prevederilor Condițiilor Generale sau la momentul reînnoirii Contractului de asigurare dacă nu mai este prevăzută în Polița de asigurare.
- 4.4. Pe lângă încetarea conform art. 4.3 de mai sus, pentru un Asigurat, clauza încetează în următoarele condiții:
  - Plata beneficiului de asigurare a maximum 30 de zile de convalescență într-un an de valabilitate a poliței. În acest caz clauza poate fi reînnoită în anul contractual următor pentru Asiguratul respectiv;
  - În momentul în care Asiguratul atinge vârsta de 67 de ani.

#### 5. PRIMA DE ASIGURARE

- 5.1. Primele de asigurare aferente prezentei clauze sunt cele specificate în Polița de asigurare.
- 5.2. Primele de asigurare aferente prezentei clauze se plătesc cu aceeași frecvență de plată lunară ca și primele aferente Contractului de asigurare de bază la care prezenta clauză este atașată.

## 6. PRODUCEREA RISCULUI ASIGURAT

### 6.1. Notificarea producerii unui risc asigurat

6.1.1. În cazul producerii riscului acoperit de prezenta Clauză suplimentară de Asigurare de Viață de Grup, Asiguratul are obligația să depună la Asigurător, în maxim 30 de zile de la producerea evenimentului asigurat, următoarele documente:

- Cererea de despăgubire și declarația Asiguratului asigurării privind descrierea detaliată a împrejurărilor în care a avut loc Accidentul sau Îmbolnăvirea ce a determinat necesitatea de Spitalizare;
- Adeverința de salariat de la locul de muncă;
- Copii ale certificatelor concediilor medicale;
- Documente medicale din care să rezulte că Spitalizarea a avut loc ca urmare a unui Accident sau a unei Boli și în care să fie menționată perioada de Spitalizare și/sau perioada de Convalescență (biletul de externare din spital, altele)
- Documente medicale ce atestă istoricul afecțiunii (copia fișei medicale – de la medicul de familie, foi de observație din spital etc.) – în caz de îmbolnăvire;
- Rezultatele testelor medicale efectuate (ex. rezultate ale analizelor de sânge, buletine de analiză anatomopatologică, certificatul de analiză radiologică etc.)
- Proces-verbal de constatare a Accidentului în special în cazul Accidentelor de muncă (adeverințe medicale eliberate de instituția medicală care a dat primul ajutor, declarații ale martorilor etc.) – în caz de accident
- Raportul poliției (în cazul investigării cazului de către poliție – în caz de accident)
- Copia actului de identitate al persoanei solicitante;
- Extrasul de cont având menționate codul IBAN și numele beneficiarului.

6.2. Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita și alte documente precum și de a investiga pe cont propriu circumstanțele de producere a evenimentului asigurat, în scopul determinării obligației sale de plată.

6.3. Indemnizația de asigurare se plătește în 10 zile lucrătoare de la data obținerii tuturor documentelor necesare și solicitate.

## 7. SUMA ASIGURATĂ

7.1. Valoarea indemnizației zilnice este negociată de Contractant în așa fel încât să respecte prevederile de la punctul 7.3 de mai jos.

7.2. Indemnizația de asigurare pentru Asigurarea de Convalescență ca urmare a unui Accident sau a unei Boli este calculată prin înmulțirea Indemnizației zilnice de convalescență cu numărul de zile de convalescență.

7.3. Suma asigurată maximă pe an de asigurare pentru convalescență pentru fiecare Asigurat este calculată ca Indemnizația zilnică înmulțită cu 30 și este cel mult egală cu suma asigurată în caz de Deces din orice cauză.

## 8. INDEMNIZAȚIA DE ASIGURARE PENTRU CONVALESCENȚĂ

8.1. Asigurătorul va plăti indemnizații de convalescență numai pentru perioadele de convalescență care încep pe perioada de valabilitate a prezentei clauze pentru Asiguratul respectiv. Când perioada de convalescență depășește data expirării poliței, Asigurătorul plătește indemnizația pentru întreaga perioadă convalescență, cu respectarea prezentelor condiții de asigurare.

8.2. Asigurătorul se obligă să plătească Indemnizația Zilnică de Convalescență pentru maximum 30 zile de Convalescență pentru un an contractual. Indemnizația de Convalescență se va acorda numai în cazul în care convalescența a urmat unei Spitalizări, iar Asiguratul face dovada numărului de zile de convalescență prescrise de medic.

8.3. Asigurătorul își rezervă dreptul de a solicita o examinare suplimentară a stării de sănătate a Asiguratului, în vederea stabilirii cuantumului indemnizației de asigurare. Examinarea suplimentară va fi făcută de către un Medic agreat de Asigurător, pe cheltuiala Asigurătorului.

## 9. RISCURI EXCLUSE DIN ASIGURAREA DE CONVALESCENȚĂ DIN ORICE CAUZĂ (BOALĂ SAU ACCIDENT)

9.1. În plus față de excluderile generale formulate în Condițiile Generale de Asigurare de Viață de grup nu va fi considerat un risc asigurat în baza prezentului Contract de Asigurare orice caz de convalescență cauzat în mod direct sau indirect, total sau parțial, de oricare dintre condițiile apărute mai jos ca urmare a următoarelor situații:

- Orice spitalizare care vizează, fără a se limita la: miopia, hipermetropia, astigmatismul, strabismul, keratoconus-ul, cataracta, ectropionul, entropionul, pterigionul, pinguecula, chalazionul, xantelasma sau care, în opinia Asigurătorului, nu este necesară pentru tratarea unei afecțiuni sau a unei vătămări;
- Spitalizării pentru tratamentul sau terapia disfuncțiilor sexuale, infertilității, în vederea sterilizării sau de reversie a sterilizării, circumcizia, intervențiile de schimbare a sexului, tratarea oricăror tulburări de identitate sexuală;
- Spitalizării în legătură cu sarcina, avortul sau nașterea (inclusiv în cazul nașterii prin operație cezariană);
- Spitalizării Asiguratului care suferă de SIDA sau este purtător de HIV;
- Spitalizării care în opinia Asigurătorului are scop diagnostic sau explorator, pentru examene medicale de rutină, imunizare sau alte proceduri și tratamente cu caracter preventiv (analize, radiografie, radioscopie, fizioterapie sau orice examinare de rutină), cu excepția situației în care rezultatele investigațiilor efectuate asupra Asiguratului impun spitalizarea;
- Spitalizării care în opinia Asigurătorului nu era necesară pentru tratarea bolilor sau a vătămărilor suferite de Asigurat;
- Spitalizării în vederea chirurgiei plastice sau reparatorii, pentru tratarea tulburărilor de apetit/alimentație, obezitate, reîntinerire, vitaminizare, terapie bioenergetică, acupunctură;
- Spitalizării în scopul tratării sau educării persoanelor cu deficiențe de învățare sau retard mental;
- Spitalizării care începe după expirarea acoperirii oferită de prezenta clauză suplimentară, chiar dacă spitalizarea a fost recomandată înaintea expirării acoperirii;
- Spitalizării pentru tratarea arsurilor de gradul 1;
- Spitalizării survenită ca urmare a implicării Asiguratului în orice tip de operațiuni sau activități navale, militare, aeriene sau subacvatice;
- Spitalizării pentru tratarea infecțiilor contactate în urma unui accident, cu excepția infecțiilor piogenice care sunt acoperite;
- Spitalizării ca urmare a unui accident sau a unei îmbolnăviri cauzate de consumul de alcool;

## 10. PREVEDERI FINALE

10.1. Asigurătorul nu este responsabil pentru calitatea serviciilor oferite de instituțiile medicale sau de personalul medical. Prezenta clauză nu dă dreptul Asiguratului la plata indemnizației de asigurare, în cazul unui prejudiciu produs ca urmare a erorilor medicale sau neglijenței medicale.

### **BRD Asigurări de Viață S.A.**

Str.Gheorghe Polizu nr.58-60, etaj 8 (zona 1),  
etaj 9 (zona 1), 011062, Sector 1, București

Autorizată de Autoritatea de Supraveghere Financiară,  
înregistrată în Registrul Asigurătorilor cu  
nr. 64/3.04.2009 Cod LEI 3157007U0N17M1JWDB35

Tel: 021 9191

Email: [info@brdasigurari.ro](mailto:info@brdasigurari.ro)

Web: [www.asigurari.brd.ro](http://www.asigurari.brd.ro)

CAPITAL SOCIAL: 36116500 RON

C.U.I. 24870553/16.12.2008

R.C. J2008020877402

EUID: ROONRC.J2008020877402