

ΟΜΑΔΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ: 1402000000
ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ: 140200422

Ασφαλιστικός διαμεσολαβητής που έρχεται σε άμεση επαφή με τον πελάτη ("Διαμεσολαβών")	
ΕΠΩΝΥΜΟ :	Money Market Ανώνυμη Εταιρεία Ασφαλιστικών Πρακτόρων
Α.Φ.Μ. :	998940997
ΑΡ. ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ :	ΕΒΕΑ/181
ΚΩΔΙΚΟΣ EUROLIFE :	4064

Ασφαλιστικός διαμεσολαβητής που διατηρεί σύμβαση με την Εταιρεία ή συντονιστής ασφαλιστικών πρακτόρων	
ΕΠΩΝΥΜΟ :	Money Market Ανώνυμη Εταιρεία Ασφαλιστικών Πρακτόρων
Α.Φ.Μ. :	998940997
ΑΡ. ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ :	ΕΒΕΑ/181
ΚΩΔΙΚΟΣ EUROLIFE :	4064

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «Premium Διάγνωση Για Όλους»

Ασφάλιση Ζωής και Παροχή Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης με την συνεργασία της Εταιρείας «HEALTHNET MANAGEMENT A.E.» Αντισυμβαλλόμενος της Ασφαλιστικής Εταιρείας στο παραπάνω Ομαδικό Ασφαλιστήριο είναι η εταιρεία MONEY MARKET ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΟΡΩΝ
ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ	: ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΑΚΗ	Δ/ΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ:	ΜΑΡΚΕΛΛΟΥ 78
ΟΝΟΜΑ	: ΑΛΚΥΟΝΗ		74100 ΡΕΘΥΜΝΟ
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	: ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ	E-MAIL	: alkchri@yahoo.gr
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	: 30/05/1985	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	:
ΦΥΛΟ	: Γυναίκα	ΚΙΝΗΤΟ	: 6932670687
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	: Ελληνική	Α.Δ.Τ./ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ	: ΑΕ517380
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	: ΑΝΕΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	Α.Φ.Μ.	: 137472075
		ΔΟΥ	: ΨΥΧΙΚΟΥ

ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΦΥΛΟ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΗΜΕΡ. ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ : 10/02/2020

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ: ΕΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΕΤΟΣ

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΛΗΡΩΜΗΣ : ΕΤΗΣΙΑ

ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ: ΜΕΤΡΗΤΟΙΣ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΑΛΥΨΗΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΡΟΧΗΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	ΕΝΑΡΞΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΕΤΗΣΙΑ ΚΑΘΑΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ	ΕΤΗΣΙΑ ΜΙΚΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ
40307	ΠΡΟΣΚΑΙΡΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ	500 €	10/02/2020	2,05	2,15
60488	ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	-	10/02/2020	39,72	45,68

Τα καθαρά ασφάλιστρα επιβαρύνονται με Φόρο Ασφαλιστρών 4% για την παροχή της Πρόσκαιρης Ασφάλισης Ζωής και 15% για την παροχή της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και Εισφορά υπέρ Εγγυητικού Κεφαλαίου Ζωής 0,75% για την παροχή της Πρόσκαιρης Ασφάλισης Ζωής. Τα μικτά ασφάλιστρα αντιστοιχούν σε μια ετήσια περίοδο.

Η Πρόσκαιρη Ασφάλιση Ζωής δεν παρέχεται σε ανηλίκους. Εάν ζητηθεί ασφάλιση ανηλίκου αυτός, μπορεί να καλυφθεί μόνο με την παροχή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ως εξαρτώμενο μέλος.

Δικαίωμα χρήσης της Παροχής Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης αποκτά ο Ασφαλισμένος τρείς (3) εργάσιμες ημέρες μετά την ημερομηνία πληρωμής του πρώτου ασφαλιστρού.

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ: Οι Νόμιμοι Κληρονόμοι.

ΕΙΔΙΚΟΙ ΟΡΟΙ – ΠΑΡΕΚΚΛΙΣΕΙΣ: Δεν υπάρχουν ειδικοί όροι, παρεκκλίσεις.

ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ: Σχετικά με τις εξαιρέσεις και προϋποθέσεις των παροχών ισχύουν τα οριζόμενα στο συνημμένο άρθρο 3 του Πιστοποιητικού.

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ / ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ: Σχετικά με τα Δικαιώματα Εναντίωσης και Υπαναχώρησης προς το Πιστοποιητικό Ασφάλισης βλέπετε στις τελευταίες σελίδες του Πιστοποιητικού.

ΑΘΗΝΑ, 10/02/2020

Για την EUROLIFE ERB A.E.A.Z.



Ε.ΜΑΤΣΙΟΥΛΑΣ Β.ΜΠΑΦΑΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΟΧΩΝ	
Πρόσκαιρη Ασφάλιση Ζωής	Ασφαλισμένο κεφάλαιο 500 €
Πίνακας Παροχών Προτοβάθμιας Περιθάλψης	
Προγραμματισμένες Διαγνωστικές Ιατρικές εξετάσεις	
Ανώτατο όριο ανά ασφαλισμένο και ανά ασφαλιστικό έτος	10.000 €
Με χρήση έγκυρου παραπεμπτικού ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από τον ΕΟΠΥΥ (Διαγνωστικά Κέντρα & Πολυϊατρεία μέλη του Δικτύου)	Καλύπτεται το 100% της συμμετοχής του ασφαλισμένου, όπως αυτή καθορίζεται από τον ΕΟΠΥΥ
Χωρίς χρήση ΕΟΠΥΥ (Διαγνωστικά Κέντρα & Πολυϊατρεία μέλη του Δικτύου)	Για ιατρικές εξετάσεις που περιλαμβάνονται στον κρατικό τιμοκατάλογο [ΦΕΚ] παρέχεται έκπτωση εξαιρουμένων των απεικονιστικών εξετάσεων ενώ για ιατρικές εξετάσεις που δεν περιλαμβάνονται στον κρατικό τιμοκατάλογο παρέχεται έκπτωση 70% επί των τιμών του εκάστοτε ισχύοντος ιδιωτικού τιμοκαταλόγου του Διαγνωστικού Κέντρου ή Πολυϊατρείου.
Κάλυψη έκτακτου περιστατικού ή σε συγκεκριμένα Νοσοκομεία	
«Όμιλος ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΘΗΝΩΝ»	<p>ΔΩΡΕΑΝ ιατρική επίσκεψη για κλινική εξέταση στις εφημερεύουσες ειδικότητες (για τις ηλικίες μέχρι και 14 ετών στις ειδικότητες παιδιάτρου και παιδοχειρουργού ενώ για τις ηλικίες άνω των 14 ετών στις ειδικότητες παθολόγου, καρδιολόγου, χειρουργού και ορθοπεδικού).</p> <p>Για Διαγνωστικές ιατρικές Εξετάσεις παρέχεται έκπτωση 85% επί των τιμών του εκάστοτε ισχύοντος ιδιωτικού τιμοκαταλόγου των Νοσοκομείων.</p>
«MEDITERRANEO HOSPITAL», «METROPOLITAN», – «ΙΑΣΩ GENERAL», – «ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ», «Όμιλος ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ», «ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ»	<p>ΔΩΡΕΑΝ ιατρική επίσκεψη για κλινική εξέταση στις εφημερεύουσες ειδικότητες (για τις ηλικίες μέχρι και 14 ετών στις ειδικότητες παιδιάτρου και παιδοχειρουργού ενώ για τις ηλικίες άνω των 14 ετών στις ειδικότητες παθολόγου, καρδιολόγου, χειρουργού και ορθοπεδικού).</p> <p>ΔΩΡΕΑΝ Διαγνωστικές ιατρικές εξετάσεις έως του ποσού των 300€ ανά περιστατικό.</p>
Για ιατρικές πράξεις που τυχόν απαιτηθούν στο έκτακτο περιστατικό (π.χ. ράμματα-νάρθηκες κ.λ.π.) παρέχεται έκπτωση 50% στον ιδιωτικό τιμοκατάλογο εκάστου Νοσοκομείου. Στην έκπτωση δεν περιλαμβάνονται οι αμοιβές των ιατρών και τα φάρμακα.	
Προγραμματισμένες Ιατρικές Επισκέψεις	
Αριθμός ιατρικών επισκέψεων	Απεριόριστος
Συμμετοχή του Ασφαλισμένου στα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων μελών του Δικτύου	10 €
Συμμετοχή του Ασφαλισμένου στις διαθέσιμες ειδικότητες των Διαγνωστικών Κέντρων & Πολυϊατρείων	€ 10 €
Στα ιδιωτικά ιατρεία των ιατρών μελών του Δικτύου	από 15 € έως 20 €
Δωρεάν Προληπτικός έλεγχος της υγείας (Check up), ανά ασφαλισμένο, ανά ασφαλιστικό έτος	
Προληπτικός έλεγχος υγείας (check-up)	Γενική Αίματος, Γενική Ούρων, ΤΚΕ (ταχύτητα καθίζησης ερυθρών), Ολική χοληστερόλη, Τριγλυκερίδια, HDL, LDL, Σάκχαρο
Οφθαλμολογικός έλεγχος	Έλεγχος οπτικής οξύτητας & διάθλασης στο Διαθλασίμετρο, Έλεγχος στη Σχισμοειδή λυχνία, Τονομέτρηση
Οδοντιατρικός έλεγχος	Καθαρισμός για ενήλικους και φθορίωση για παιδιά
Επιπλέον παροχές	
Οφθαλμολογική κάλυψη	Σε προνομιακές τιμές
Διατροφολόγοι-Διαιτολόγοι	20€ ανά ιατρική επίσκεψη
Εναλλακτική / Ολιστική ιατρική	Στους Ομοιοπαθητικούς κατά την πρώτη ιατρική επίσκεψη η συμμετοχή του Ασφαλισμένου είναι 40 € και για τις επόμενες ιατρικές επισκέψεις είναι 30 € ανά επίσκεψη. Στους Βελονιστές ιατρούς η συμμετοχή του Ασφαλισμένου είναι 25 € ανά ιατρική επίσκεψη.
Θεραπείες Λόγου-Ομιλίας και Μάθησης	Για τις Λογοθεραπευτικές συνεδρίες η συμμετοχή του Ασφαλισμένου είναι 20 € ανά συνεδρία.
Οδοντιατρική κάλυψη	Σε προνομιακές τιμές
Φυσιοθεραπείες	Ανώτατο όριο 15 € ανά επίσκεψη
Νοσηλεία στο σπίτι	Σε προνομιακές τιμές μόνο στις πρωτεύουσες των Νομών
Αιμοληψία στο σπίτι	10 € ανά αιμοληψία μόνο στις πρωτεύουσες των Νομών

ΟΡΟΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Άρθρο 1. Αντικείμενο της Ασφάλισης: Η EUROLIFE ERB A.E.A.Z. αναλαμβάνει την υποχρέωση να παρέχει στους Ασφαλισμένους, μετά την υποβολή σχετικής αίτησης, η αποδοχή της οποίας πιστοποιείται με το παρόν Πιστοποιητικό Ασφάλισης και με την προϋπόθεση καταβολής από τον Κυρίως Ασφαλισμένο των συμφωνηθέντων ασφαλιστρών, τις καλύψεις που προβλέπονται στον Πίνακα Παροχών, σύμφωνα με τους όρους του υπ' αριθμ. 1402000000 Ομαδικού Ασφαλιστηρίου που έχει συνάψει με την MONEY MARKET ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΟΡΩΝ, οι σημαντικότεροι των οποίων παρατίθενται στα άρθρα του παρόντος.

Άρθρο 2. Ορισμοί:

Αντισυμβαλλόμενος- Λήπτης της ασφάλισης: Η "MONEY MARKET ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΟΡΩΝ" που αιτείται και αποδέχεται την Ομαδική Ασφάλιση και προσυπογράφει το Ομαδικό Ασφαλιστήριο στο οποίο εντάσσεται ο Ασφαλισμένος με το παρόν Πιστοποιητικό Ασφάλισης και η οποία έχει την υποχρέωση συγκέντρωσης και καταβολής του ασφαλιστρού στην Ασφαλιστική Εταιρεία.

Εταιρεία: Η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurolife ERB A.E.A.Z..

Ομαδικό Ασφαλιστήριο: Το ασφαλιστήριο με αριθμό 1402000000 που έχει συναφθεί μεταξύ της Εταιρείας και του Αντισυμβαλλομένου, οι όροι του οποίου είναι δεσμευτικοί για το πρόγραμμα «Premium Διάγνωση Για Όλους».

Πιστοποιητικό Ασφάλισης: Το παρόν έγγραφο επιβεβαίωσης της συμμετοχής του Ασφαλισμένου στην Ομαδική Ασφάλιση που περιλαμβάνει τους βασικούς όρους αυτής.

Ασφαλισμένος: Το φυσικό πρόσωπο, Κυρίως Ασφαλισμένος ή Εξαρτώμενο Μέλος που συμμετέχει στην Ομαδική Ασφάλιση με μόνιμο τόπο κατοικίας την Ελλάδα.

Κυρίως ασφαλισμένος: Το φυσικό πρόσωπο, πελάτης του Αντισυμβαλλόμενου ηλικίας τουλάχιστον 18 ετών, που έχει όλες τις υποχρεώσεις που απορρέουν από το παρόν Πιστοποιητικό Ασφάλισης και καταβάλλει το ασφαλιστρο και επί της ζωής και για την υγεία του οποίου συνάπτεται η ασφάλιση.

Εξαρτώμενο Μέλος: Ο/η σύζυγος και τα τέκνα του Κυρίως Ασφαλισμένου, που ασφαρίζονται για την υγεία τους.

Επέτειος Πιστοποιητικού Ασφάλισης: Η ημερομηνία κάθε ημερολογιακού έτους που συμπίπτει με την ημερομηνία έναρξης ισχύος του Πιστοποιητικού Ασφάλισης που αναγράφεται στην πρώτη σελίδα του παρόντος.

Διαγνωστικές ιατρικές εξετάσεις: Είναι οι αιματολογικές, βιοχημικές, μικροβιολογικές, κυτταρολογικές και απεικονιστικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται αποκλειστικά και μόνο σε Μέλος του Δικτύου με βάση αντίστοιχο παραπεμπτικό σημείωμα, που έχει εκδοθεί από ιατρό ανάλογης ειδικότητας.

Μέλος Δικτύου: Κάθε Νοσηλευτικό Ίδρυμα/κλινική ή Διαγνωστικό Κέντρο ή Πολυιατρείο, ή ιατροί ή Οδοντιατρείο ή Φυσιοθεραπευτήριο ή Ομοιοπαθητικός ή Βελονιστής και οποιασδήποτε άλλης μορφής ιατρική εταιρεία που έχει αναλάβει να παρέχει υπηρεσίες υγείας στους Ασφαλισμένους της Ασφαλιστικής Εταιρείας δια σχετικής σύμβασης που έχει συνάψει με τη συνεργαζόμενη με την Ασφαλιστική Εταιρεία, εταιρεία Health Net Management A.E.

Τα Μέλη του Δικτύου μπορούν να μεταβάλλονται κατά τη διάρκεια ισχύος του Πιστοποιητικού Ασφάλισης. Ο κατάλογος που περιλαμβάνει τα Μέλη του Δικτύου είναι αναρτημένος στην ιστοσελίδα του αντισυμβαλλόμενου, www.healthnet.com.gr.

Κλινική εξέταση: Είναι η λήψη του κληρονομικού και ατομικού ιατρικού αναμνηστικού, η ψηλάφηση, η ακρόαση, η επισκόπηση και η εκτίμηση της λειτουργικής ικανότητας και της ανατομικής ακεραιότητας των διαφόρων οργάνων και συστημάτων του οργανισμού του Ασφαλισμένου.

Συμμετοχή Ασφαλισμένου: Είναι το ποσό με το οποίο συμμετέχει ο Κυρίως ασφαλισμένος ή το Εξαρτώμενο μέλος στο κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τα οριζόμενα στην παράγραφο "Παροχή Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης".

Δικαιούχος ασφαλισματος: Το φυσικό ή νομικό πρόσωπο, που δικαιούται να εισπράξει το Ασφάλισμα.

Παροχή: Η παροχή που δικαιούται ο Κυρίως Ασφαλισμένος και τα Εξαρτώμενα Μέλη όπως περιγράφεται στον Πίνακα Παροχών Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και στο παρακάτω άρθρο 3 του παρόντος.

Ασφαλιστικό Έτος: Το χρονικό διάστημα ενός έτους (δώδεκα μηνών) μεταξύ της ημερομηνίας έναρξης ισχύος του Πιστοποιητικού Ασφάλισης και της ημερομηνίας λήξης του.

Ασφάλισμα: Το χρηματικό ποσό που καταβάλλεται στον Δικαιούχο ασφαλισματος σε περίπτωση απώλειας της ζωής του Κυρίως Ασφαλισμένου.

Έκτακτο περιστατικό: Είναι η απρόβλεπτη και αφιρνίδια διαταραχή της υγείας του Ασφαλισμένου, λόγω ατυχήματος ή ασθένειας που μπορεί να επιφέρει τη σημαντική επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του, αν δεν του παρασχεθεί ιατρική βοήθεια.

Πρόσθετη Πράξη: Το έγγραφο το οποίο εκδίδεται από την Εταιρεία με το οποίο τροποποιείται το Πιστοποιητικό Ασφάλισης. Ισχύει από την ημερομηνία που ορίζεται σε αυτό.

Άρθρο 3. Παροχές:

3.1. Πρόσκαιρη Ασφάλιση Ζωής: Η Εταιρεία αναλαμβάνει την υποχρέωση, να καταβάλει στους Δικαιούχους Ασφάλισμα, ίσο με το Ασφαλισμένο Κεφάλαιο που αναφέρεται στον Πίνακα Παροχών, σε περίπτωση Θανάτου του Κυρίως Ασφαλισμένου κατά τη διάρκεια ισχύος της ασφαλιστικής κάλυψης.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την καταβολή της αποζημίωσης, είναι η ασφαλιστική κάλυψη να είναι σε ισχύ την ημερομηνία Απώλειας Ζωής του Κυρίως Ασφαλισμένου.

3.2. Παροχή Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης: Για όσο διάστημα η ασφάλιση του Ασφαλισμένου και του Εξαρτώμενου Μέλους βρίσκεται σε ισχύ, η Εταιρεία τους παρέχει τη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται με προνομιακούς όρους και τιμολόγια, με την προϋπόθεση ότι οι συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας παρέχονται από τα εκάστοτε Μέλη του Δικτύου. Επισημαίνεται ότι η παρούσα Συμπληρωματική Κάλυψη δεν έχει αποζημιωτικό χαρακτήρα και δεν μπορεί να θεωρηθεί σαν κάλυψη αξίωσης καταβολής αποζημίωσης, αν ο Ασφαλισμένος δαπανήσει χρήματα επειδή χρησιμοποίησε όμοιες ή παρόμοιες υπηρεσίες.

Η Ασφαλιστική Εταιρεία «EUROLIFE ERB A.E.A.Z» δεν αναλαμβάνει την υποχρέωση απολογιστικής πληρωμής προς τον Ασφαλισμένο, των οιασδήποτε μορφής εξόδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης και αμοιβών ιατρών και ως εκ τούτου δεν εμπλέκεται σε διαδικασίες παραλαβής παραστατικών και εκκαθάρισης οποιασδήποτε μορφής εξόδων. Η κάλυψη που παρέχει η Εταιρεία συνίσταται στην παροχή στον Ασφαλισμένο πρόσβασης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στα Μέλη του Δικτύου με προνομακό ύψ όρους.

Προϋπόθεση για την ενεργοποίηση της Παροχής της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης είναι η προηγούμενη επικοινωνία του Ασφαλισμένου με το «Συντονιστικό Ιατρικό Τηλεφωνικό Κέντρο».

Οι παρεχόμενες με την ασφάλιση αυτή υπηρεσίες περιγράφονται αναλυτικά ακολούθως:

3.2.1. Προγραμματισμένες Διαγνωστικές Ιατρικές εξετάσεις:

Αν συνεπεία ατυχήματος ή ασθένειας, κατά τη διάρκεια ισχύος της παρούσας κάλυψης και με βάση παραπεμπτικό σημείωμα ιατρού ο Ασφαλισμένος είναι αναγκαίο να υποβληθεί σε διαγνωστικές εξετάσεις, οι οποίες διενεργούνται αποκλειστικά και μόνο στα Διαγνωστικά Κέντρα ή Πολυϊατρεία μέλη του Δικτύου, η Εταιρεία παρέχει κάλυψη ως εξής:

α) Εφόσον ο Ασφαλισμένος προσκομίζει έγκυρο παραπεμπτικό ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. η συμμετοχή του στο κόστος ιατρικών εξετάσεων όπως αυτή καθορίζεται από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (με ανώτατο όριο το ποσοστό 15%), καλύπτεται στο εκατό τοις εκατό (100%), υπό την προϋπόθεση ότι τα Διαγνωστικά Κέντρα ή Πολυϊατρεία διατηρούν σε ισχύ, ενεργές αντίστοιχες συμβάσεις με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ και σύμφωνα με τις εκάστοτε προϋποθέσεις που θέτει ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ή/και τα μέλη του Δικτύου.

β) Αν ο Ασφαλισμένος δεν κάνει χρήση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και προσκομίζει παραπεμπτικό σημείωμα ιδιότη ιατρού τότε για ιατρικές εξετάσεις που περιλαμβάνονται στον κρατικό τιμοκατάλογο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., του παρέχεται έκπτωση στο κόστος των εξετάσεων, επί των τιμών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Η προαναφερθείσα έκπτωση δεν ισχύει για τις απεικονιστικές ιατρικές εξετάσεις που αφορούν στις ακτινογραφίες και στους υπερήχους. Για ιατρικές εξετάσεις που δεν περιλαμβάνονται στον κρατικό τιμοκατάλογο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. παρέχεται έκπτωση εβδομήντα τοις εκατό (70%) επί των τιμών του εκάστοτε ισχύοντος ιδιωτικού τιμοκαταλόγου του Διαγνωστικού Κέντρου ή Πολυϊατρείου.

Το κόστος των φαρμάκων ή των αμοιβών ιατρών που πιθανόν απαιτηθούν για τη διενέργεια των ιατρικών εξετάσεων βαρύνει εξολοκλήρου τον Ασφαλισμένο.

Διευκρινίζεται ότι για τη διενέργεια Μαγνητικών Τομογραφιών, Επεμβατικών Διαγνωστικών Εξετάσεων και Διαγνωστικών Εξετάσεων, οι οποίες είτε πραγματοποιούνται σε εξειδικευμένα εργαστήρια, μέλη του Δικτύου, είτε απαιτούν την παρουσία ιατρού και αναισθησιολόγου καθώς και λήψη βιοψίας, παρέχονται προνομακοί τιμοκατάλογοι. Ενδεικτικά και όχι περιοριστικά ως τέτοιες εξετάσεις αναφέρονται οι ακόλουθες: MRI, Εξετάσεις Μοριακής διάγνωσης (DNA), Αλλεργικά tests, Ενδοσκοπήσεις (Γαστροσκόπηση, Κολonosκόπηση, Βρογχοσκόπηση), Pet- Scan, εξειδικευμένες οφθαλμολογικές και γυναικολογικές εξετάσεις (OCT, Φλουροαγγειογραφία, υπέρηχος ανενεργής διαφάνειας και Β επιπέδου).

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη διενέργεια των διαγνωστικών εξετάσεων είναι η προσκόμιση στα Διαγνωστικά Κέντρα ή Πολυϊατρεία, μέλη του Δικτύου, από τον Ασφαλισμένο του σχετικού παραπεμπτικού σημειώματος του ιατρού, αντίστοιχης ειδικότητας, στο οποίο υποχρεωτικά θα αναγράφονται:

- Το ονοματεπώνυμο του προς εξέταση ασφαλισμένου προσώπου.
- Τα στοιχεία του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή του διαβατηρίου του ή άλλου δημοσίου εγγράφου που να αποδεικνύει την ταυτοπροσωπία του ασφαλισμένου προσώπου.
- Οι ζητούμενες διαγνωστικές εξετάσεις αναλυτικά (οι διαγνωστικές εξετάσεις, που συστήνονται πρέπει να είναι με βάση ιατρικά κριτήρια, οι ενδεδειγμένες για την παρουσιαζόμενη συμπτωματολογία).
- Ο λόγος για τον οποίο συστήνονται οι διαγνωστικές εξετάσεις (συμπτωματολογία, ασθένεια κ.λ.π.).
- Η ημερομηνία έκδοσης του παραπεμπτικού σημειώματος.
- Το παραπεμπτικό σημείωμα πρέπει απαραίτητα να φέρει τη σφραγίδα του θεράποντος ιατρού.

Οι διαγνωστικές εξετάσεις καλύπτονται μόνον εφόσον πραγματοποιηθούν εντός ενός μηνός από την ημερομηνία έκδοσης του παραπεμπτικού, εκτός αν η μεταγενέστερη πραγματοποιήσή τους επιβάλλεται από ιατρικούς λόγους. Σημειώνεται ότι δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν διαγνωστικές εξετάσεις αν το παραπεμπτικό ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ, είναι εκπρόθεσμο.

Η ανωτέρω κάλυψη παρέχεται μέχρι το ανώτατο όριο, ανά ασφαλισμένο και ανά ασφαλιστικό έτος, που αναφέρεται στον Πίνακα Παροχών.

3.2.2. Κάλυψη έκτακτων περιστατικών σε συγκεκριμένα Νοσοκομεία μέλη του Δικτύου:

Για την αντιμετώπιση έκτακτου περιστατικού η Εταιρεία παρέχει κάλυψη ως εξής:

α) Στον «Θμίλο ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ» παρέχονται:

Απεριόριστες δωρεάν ιατρικές επισκέψεις, για κλινική εξέταση, στις εφημερεύουσες ειδικότητες (για τις ηλικίες μέχρι και 14 ετών στις ειδικότητες παιδίατρον και παιδοχειρουργού στα Νοσοκομεία που διαθέτουν Παιδιατρικές Κλινικές, ενώ για τις ηλικίες άνω των 14 ετών στις ειδικότητες παθολόγου, καρδιολόγου, χειρουργού και ορθοπαιδικού).

Για Διαγνωστικές Ιατρικές Εξετάσεις παρέχεται έκπτωση 85% επί των τιμών του εκάστοτε ισχύοντος ιδιωτικού τιμοκαταλόγου των ανωτέρω αναφερομένων Νοσοκομείων.

β) Στα Νοσοκομεία «MEDITERRANEO HOSPITAL», «METROPOLITAN», «ΙΑΣΩ GENERAL», «ΕΠΠΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ», «Θμίλο ΕΥΡΩΚΑΙΝΙΚΗΣ» και «ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΙΝΙΚΗ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ» παρέχονται:

Απεριόριστες δωρεάν ιατρικές επισκέψεις, για κλινική εξέταση, στις εφημερεύουσες ειδικότητες (για τις ηλικίες μέχρι και 14 ετών στις ειδικότητες παιδίατρον και παιδοχειρουργού στα Νοσοκομεία που διαθέτουν Παιδιατρικές Κλινικές ενώ για τις ηλικίες άνω των 14 ετών στις ειδικότητες παθολόγου, καρδιολόγου, χειρουργού και ορθοπαιδικού).

Δωρεάν Διαγνωστικές Ιατρικές Εξετάσεις μέχρι του ποσού των τριακοσίων Ευρώ (300€) ανά περιστατικό. Σε περίπτωση που το κόστος των Διαγνωστικών Εξετάσεων υπερβεί το ανώτατο όριο ο Ασφαλισμένος θα βαρύνεται ο ίδιος με το κόστος των ιατρικών εξετάσεων, το οποίο θα υπολογίζεται στον ιδιωτικό τιμοκατάλογο με έκπτωση τριάντα τοις εκατό (30%).

Σε περίπτωση που για την αντιμετώπιση του επείγοντος περιστατικού απαιτηθούν ιατρικές πράξεις (π.χ. ράμματα-νάρθηκες κ.λ.π.) παρέχεται έκπτωση 50% στον ιδιωτικό τιμοκατάλογο εκάστου από τα προαναφερθέντα Νοσοκομεία. Στην έκπτωση δεν περιλαμβάνονται οι αμοιβές των ιατρών και τα φάρμακα.

Η ανωτέρω κάλυψη παρέχεται μέχρι το ανώτατο όριο, ανά ασφαλισμένο και ανά ασφαλιστικό έτος, που αναφέρεται στον Πίνακα Παροχών.

3.2.3. Προγραμματισμένες ιατρικές επισκέψεις

Παρέχονται απεριόριστες ιατρικές επισκέψεις, συνεπεία ατυχήματος ή ασθένειας ως εξής:

α) Στα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων μελών του Δικτύου σε όλες τις ειδικότητες που διαθέτει το κάθε Νοσοκομείο με συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος της ιατρικής επίσκεψης, που αφορά στην κλινική εξέταση, με δέκα Ευρώ (10€).

β) Στις ιατρικές ειδικότητες που διαθέτουν τα Διαγνωστικά Κέντρα ή Πολυιατρεία με συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος της ιατρικής επίσκεψης, που αφορά στην κλινική εξέταση, με δέκα Ευρώ (10€).

γ) Στα ιδιωτικά ιατρεία, μέλη του Δικτύου με Συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος της ιατρικής επίσκεψης, που αφορά στην κλινική εξέταση από δέκα πέντε Ευρώ (15€) μέχρι και είκοσι Ευρώ (20€).

Το κόστος των ανωτέρω προγραμματισμένων ιατρικών επισκέψεων δεν προσμετράται στο ανώτατο ετήσιο όριο της Παροχής της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης.

3.2.4. Δωρεάν Προληπτικός έλεγχος (check-up) ανά ασφαλισμένο και ανά ασφαλιστικό έτος

Η Εταιρεία παρέχει στον Ασφαλισμένο τη δυνατότητα να πραγματοποιήσει έναν προληπτικό έλεγχο της υγείας του (Check – up), ένα Οφθαλμολογικό Έλεγχο και ένα Οδοντιατρικό έλεγχο μία φορά σε κάθε ασφαλιστικό έτος, χωρίς τη συμμετοχή του στο κόστος των ιατρικών εξετάσεων. Στον προληπτικό έλεγχο περιλαμβάνονται περιοριστικά οι παρακάτω αναφερόμενες ιατρικές εξετάσεις:

Προληπτικός έλεγχος (check-up): Γενική Αίματος, Γενική Ούρων, ΤΚΕ (ταχύτητα καθίζησης ερυθρών), Ολική χοληστερόλη, Τριγλυκερίδια, HDL, LDL και Σάκχαρο.

Οφθαλμολογικός έλεγχος: Έλεγχος οπτικής οξύτητας & διάθλασης στο Διαθλασίμετρο, Έλεγχος στη Σχιμοειδή λυχνία, Τονομ έτρηση.

Οδοντιατρικός έλεγχος: Καθαρισμός για ενήλικους και φθορίωση για παιδιά.

Οι ιατρικές εξετάσεις των ανωτέρω αναφερόμενων Check – up διενεργούνται όλες μαζί (ενιαία σαν πακέτο), χωρίς την προσκόμιση παραπεμπτικού και το κόστος τους δεν προσμετράται στο ανώτατο ετήσιο όριο της Παροχής της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης.

3.2.5. Οφθαλμολογική κάλυψη

Καλύπτονται Οφθαλμολογικές ιατρικές επισκέψεις, επεμβάσεις για διόρθωση Διαθλαστικών ανωμαλιών, αποκατάστασης Καταρράκτη κ.λπ. σε Οφθαλμολογικά κέντρα, μέλη του Δικτύου, σε προνομιακές τιμές.

3.2.6. Διαιτολογική / Διατροφολογική κάλυψη

Παρέχονται απεριόριστες ιατρικές επισκέψεις σε Διατροφολόγους ή Διαιτολόγους, μέλη του Δικτύου, με Συμμετοχή του Ασφαλισμένου σε κάθε επίσκεψη είκοσι Ευρώ (20€).

3.2.7. Κάλυψη Εναλλακτικής / Ολιστικής ιατρικής

Παρέχονται απεριόριστες ιατρικές επισκέψεις ως εξής:

Στους Ομοιοπαθητικούς κατά την πρώτη ιατρική επίσκεψη η Συμμετοχή του Ασφαλισμένου είναι σαράντα Ευρώ (40€) και για τις επόμενες ιατρικές επισκέψεις είναι τριάντα Ευρώ (30€), ανά ιατρική επίσκεψη.

Στους Βελονιστές ιατρούς η Συμμετοχή του Ασφαλισμένου είναι είκοσι πέντε Ευρώ (25€), ανά ιατρική επίσκεψη.

3.2.8. Κάλυψη θεραπείας Λόγου – Ομιλίας και Μάθησης

Παρέχονται απεριόριστες Λογοθεραπευτικές συνεδρίες στα Λογοθεραπευτικά κέντρα, μέλη του Δικτύου, με συμμετοχή του Ασφαλισμένου είκοσι Ευρώ (20€), ανά συνεδρία.

3.2.9. Οδοντιατρική κάλυψη

Παρέχονται απεριόριστες Οδοντιατρικές πράξεις και επεμβάσεις στα Οδοντιατρικά κέντρα και Οδοντιατρεία, μέλη του Δικτύου, σε προνομιακές τιμές.

3.2.10. Φυσιοθεραπείες

Παρέχονται απεριόριστες προγραμματισμένες φυσιοθεραπευτικές πράξεις, που διενεργούνται σε Φυσιοθεραπευτικά κέντρα, μέλη του Δικτύου, με Συμμετοχή του ασφαλισμένου μέχρι 15€, ανά επίσκεψη.

3.2.11. Νοσηλεία στο σπίτι

Παρέχεται Νοσηλεία στο σπίτι, μόνο στις πρωτεύουσες των Νομών, από εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό με συμμετοχή του ασφαλισμένου βάσει προνομιακού τιμοκαταλόγου.

Η νοσηλεία στο σπίτι περιλαμβάνει τις παρακάτω αναφερόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες:

Χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς (π.χ. ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκου για ασθένειες όπως Πάρκινσον, ρευματοειδή αρθρίτιδα, ορθοπαιδικά προβλήματα κ.α.) ενέσεις (ενδομυϊκές, υποδόριες), τοποθέτηση και εμπλουτισμός ορού, πλήρης παρεντερική θρέψη, καθετηριασμός ουροδόχου κύστης-φλέβας, αλλαγή τραύματος, φροντίδα κατακλίσεων-κολοστομίας-εγκυμμάτων-τραχειστομίας-λειτουργιών, παροχέτευση βρογχικών εκκρίσεων, τοποθέτηση καθετήρα LEVAIN, λήψη βιολογικών υγρών (αίμα-ούρα), θεραπευτικό λουτρό, προθανάτια φροντίδα και υποστήριξη, φροντίδα πολυτραυματία καθώς και κάθε φροντίδα που δύναται να παρασχεθεί στο σπίτι με τους όρους και στα πλαίσια των καθηκόντων των νοσηλευτών όπως ορίζονται από το Νόμο και τους κώδικες δεοντολογίας.

Οι παρεχόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες δεν περιλαμβάνουν την ατομική υγιεινή καθώς και τον διαγνωστικό έλεγχο για προληπτικούς λόγους υγείας, παρά μόνο το διαγνωστικό έλεγχο που σχετίζεται με ένα διαγνωσμένο πρόβλημα υγείας.

3.2.12. Αιμοληψία στο σπίτι

Παρέχεται Αιμοληψία στο σπίτι, μόνο στις πρωτεύουσες των Νομών, και ο Ασφαλισμένος συμμετέχει στο κόστος κάθε αιμοληψίας στο σπίτι με το ποσό των δέκα Ευρώ (10€). Διευκρινίζεται ότι το ανωτέρω ποσό περιλαμβάνει το κόστος για την αιμοληψία και όχι το κόστος των εξετάσεων.

Άρθρο 4. Συντονιστικό Ιατρικό Τηλεφωνικό Κέντρο : Για το συντονισμό του παρόντος προγράμματος με σκοπό την καλύτερη εξυπηρέτηση και πληροφόρηση του Ασφαλισμένου, λειτουργεί Συντονιστικό Κέντρο, με κλήση στον τηλεφωνικό αριθμό **215 5155-329**, 24 ώρες το 24ωρο 365 ημέρες το χρόνο. Μέσω του Συντονιστικού Κέντρου ορίζονται ραντεβού για τις ιατρικές επισκέψεις και για τη διενέργεια των παρεχόμενων ιατρικών εξετάσεων στις οποίες πρέπει να υποβληθεί ο Ασφαλισμένος ή να λαμβάνονται γενικές πληροφορίες για τη διενέργεια ιατρικών εξετάσεων του Ασφαλισμένου.

Συγκεκριμένα το Συντονιστικό Κέντρο λειτουργεί τις εργάσιμες ημέρες από τις 07.00-22.00 για την παροχή πληροφοριών και συντονισμό όλων των παροχών του προγράμματος ενώ τις εργάσιμες ημέρες από 22.00-07.00 καθώς και τις αργίες θα εξυπηρετεί μόνο έκτακτα (ατύχημα ή ασθένεια) περιστατικά υγείας, μέσω παραπομπών στα εξωτερικά ιατρεία των συνεργαζόμενων νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Άρθρο 5. Υποχρεώσεις Ασφαλισμένου

Ο Ασφαλισμένος, ο οποίος θα κάνει χρήση των παροχών της Πρωτοβάθμιας Περιθαλψης, θα πρέπει προηγουμένως να επικοινωνήσει με το Συντονιστικό Ιατρικό Τηλεφωνικό Κέντρο, για ενημέρωσή του για τα Διαγνωστικά Κέντρα, Πολυϊατρεία, Νοσοκομεία και ιατρούς, μέλη του Δικτύου, όπου θα πρέπει να απευθύνεται για τον καθορισμό της ημέρας και ώρας εξέτασης, αλλά και τη χρήση των υπολοίπων υπηρεσιών που αναλυτικά περιγράφονται στο Άρθρο 3. Ο Ασφαλισμένος κατά την προσέλευσή του στα Διαγνωστικά Κέντρα, Πολυϊατρεία, Νοσοκομεία και ιατρούς, μέλη του Δικτύου, θα πρέπει να επιδεικνύει έγγραφο που αποδεικνύει την ταυτότητά του (π.χ. Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατήριο, Βιβλιάριο Ασθενείας, αν πρόκειται για παιδί) και να γνωρίζει τα στοιχεία της ασφάλισής του (Αριθμός Πιστοποιητικού Ασφάλισης). Επιπλέον σε περίπτωση χρήσης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ ο Ασφαλισμένος θα πρέπει να προσκομίζει το βιβλιάριο του κύριου ασφαλιστικού φορέα (όπου αναγράφεται ο ΑΜΚΑ, ο αριθμό μητρώου και ο Α.Φ.Μ. του ασφαλισμένου).

Άρθρο 6. Εξαιρέσεις:

Δεν καλύπτονται από την Παροχή της Πρωτοβάθμιας Περιθαλψης

1. Οι ιατρικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται προληπτικά, εκτός του προληπτικού ελέγχου (check-up) που αναφέρεται στο Άρθρο 3.2.4. του παρόντος.
2. Διαγνωστικές εξετάσεις, οι οποίες διενεργούνται αποκλειστικά και μόνο σε επίπεδο Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
3. Ιατρικές εξετάσεις που αφορούν σε προεγχειρητικό έλεγχο.

Άρθρο 7. Έναρξη της ασφάλισης: Η ασφαλιστική κάλυψη δεν αρχίζει πριν την καταβολή του πρώτου ασφαλιστήριου. Δικαίωμα χρήσης των προβλεπόμενων από την παρούσα ασφάλιση Παροχών ο Ασφαλισμένος αποκτά τρεις (3) εργάσιμες ημέρες μετά την ημερομηνία πληρωμής του πρώτου ασφαλιστήριου.

Άρθρο 8. Διάρκεια ισχύος της ασφάλισης: Οι Παροχές του παρόντος Προγράμματος ισχύουν για ένα (1) ασφαλιστικό έτος. Η ισχύς τους αναγράφεται στην πρώτη σελίδα, «ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ», του παρόντος Πιστοποιητικού Ασφάλισης.

Άρθρο 9. Λήξη της ασφάλισης: Η ασφαλιστική κάλυψη λήγει:

- α) Με την παρέλευση του χρονικού διαστήματος που έχει συμφωνηθεί και για το οποίο έχει καταβληθεί ασφαλιστήριο.
- β) Με το θάνατο του Κυρίως Ασφαλισμένου.
- γ) Με καταγγελία εκ μέρους της Εταιρείας, εκτός των περιπτώσεων που προβλέπονται από τη νομοθεσία, για σπουδαίο λόγο, όπως είναι ιδίως η παράβαση των όρων της ασφάλισης, δόλια ή κακόπιστη συμπεριφορά συμπεριλαμβανομένης της απόπειρας εξαπάτησης ή παραπλάνησης της Εταιρείας προς λήψη παροχής και
- δ) Με την με οποιονδήποτε τρόπο λύση του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου.

Άρθρο 10. Προϋποθέσεις Ανανέωσης της Ασφάλισης

Πριν την εκάστοτε λήξη της ασφάλισης, και εφόσον το Ομαδικό Ασφαλιστήριο είναι σε ισχύ, η Εταιρεία θα αποστέλλει στον Κυρίως Ασφαλισμένο ειδοποίηση που θα περιέχει τα νέα ασφαλιστήρια που θα ισχύουν για το επόμενο ασφαλιστικό έτος για την εν λόγω ασφάλιση, καθώς και την ημερομηνία πληρωμής αυτών. Η πληρωμή των ασφαλιστήριων μέχρι την ορισθείσα στην παραπάνω ειδοποίηση ημερομηνία πληρωμής, συνεπάγεται την ανανέωση της παρούσας ασφάλισης με το συγκεκριμένο Πρόγραμμα για ένα ακόμα ασφαλιστικό έτος. Η μη πληρωμή των ασφαλιστήριων μέχρι και την ορισθείσα ημερομηνία πληρωμής, έχει ως συνέπεια την μη ανανέωση της παρούσας ασφάλισης. Τυχόν πληρωμή των ασφαλιστήριων μετά την κατά τα ως άνω ορισθείσα ημερομηνία δεν δημιουργεί υποχρέωση της Εταιρείας να ανανεώσει την παρούσα ασφάλιση.

Η Εταιρεία διατηρεί επίσης το δικαίωμα να καταργήσει την ασφάλιση για το σύνολο των Ασφαλισμένων εφόσον λυθεί υπ' αριθμ. 1402000000 Ομαδικού Ασφαλιστηρίου. Στην περίπτωση αυτή η Εταιρεία ενδέχεται να διαθέτει παρεμφερές πρόγραμμα το οποίο θα γνωστοποιήσει στον Κυρίως Ασφαλισμένο προκειμένου ο τελευταίος να αποφασίσει, αν επιθυμεί την ασφάλιση του ίδιου ή και των τυχόν εξαρτημένων μελών του με το προτεινόμενο Πρόγραμμα.

Κατά τη διάρκεια της ασφάλισης μπορούν να μεταβάλλονται τα Μέλη του Δικτύου για τα οποία ο Ασφαλισμένος ενημερώνεται μέσω της ιστοσελίδας www.healthnet.com.gr και της επικοινωνίας του με το Συντονιστικό Τηλεφωνικό Κέντρο.

Άρθρο 11. Ασφαλιστήριο: Το ασφαλιστήριο είναι αυτό που αναγράφεται στο Πιστοποιητικό Ασφάλισης και αφορά περίοδο ενός ασφαλιστικού έτους.

Άρθρο 12. Δικαίωμα Εναντίωσης - Υπαναχώρησης: Ο Κυρίως Ασφαλισμένος έχει δικαίωμα εναντίωσης, συμπληρώνοντας και αποστέλλοντας με συστημένη επιστολή στην Εταιρεία "Δήλωση Εναντίωσης", μέσα σε ένα (1) μήνα από την ημερομηνία που παρέλαβε το Πιστοποιητικό Ασφάλισης. Σε περίπτωση που για οποιοδήποτε λόγο ο Κυρίως Ασφαλισμένος δεν παρέλαβε εντύπως ή με ηλεκτρονικό τρόπο τις πληροφορίες που προβλέπονται στο άρθρο 152 του Ν. 4364/2016 κατά τον χρόνο υποβολής της αίτησης για ασφάλιση ή παρέλαβε το ασφαλιστήριο χωρίς τους Γενικούς και Ειδικούς Όρους που διέπουν την ασφάλιση, έχει δικαίωμα εναντίωσης, συμπληρώνοντας και αποστέλλοντας με συστημένη επιστολή στην Εταιρεία "Δήλωση Εναντίωσης", εντός δεκατεσσάρων (14) ημερών από την ημερομηνία παράδοσης σ' αυτόν του ασφαλιστηρίου. Ο Κυρίως Ασφαλισμένος δικαιούται, για λόγους ανεξάρτητους από τους προαναφερόμενους, να υπαναχωρήσει από την παρούσα σύμβαση ασφάλισης, αποστέλλοντας στην Εταιρεία σχετική συστημένη επιστολή, εντός τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία παράδοσης σ' αυτόν του ασφαλιστηρίου. Σε περίπτωση εναντίωσης/υπαναχώρησης από την ασφαλιστική σύμβαση, επιστρέφονται τα καταβληθέντα ασφαλιστήρια. Η άσκηση του δικαιώματος της Υπαναχώρησης/ Εναντίωσης επιφέρει την ακύρωση της Σύμβασης εξ αρχής, αμέσως και αυτόματα από την παράδοση στο ταχυδρομείο της προαναφερόμενης επιστολής.

Άρθρο 13. Τρόπος καταγγελίας της Ασφάλισης: Η καταγγελία της σύμβασης ασκείται με έγγραφη δήλωση που απευθύνεται στο άλλο συμβαλλόμενο μέρος στις περιπτώσεις που προβλέπονται από το ασφαλιστήριο και τη νομοθεσία.

Άρθρο 14. Ειδοποιήσεις: Η Εταιρεία δεν θα λάβει υπόψη της καμία ειδοποίηση αν δεν έχει γίνει με έγγραφο που έχει αποσταλεί στα Κεντρικά της Γραφεία.

Άρθρο 15 Ευθύνη Εταιρείας: Η Εταιρεία ουδεμία ευθύνη φέρει για την ποιότητα και την ορθότητα σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης των υπηρεσιών που θα προσφέρονται στον Ασφαλισμένο και τα Εξαρτώμενα Μέλη με το παρόν πρόγραμμα από τα μέλη του

Δικτύου, και το πάσης φύσεως προσωπικό του καθώς και για τις πράξεις του ή τις τυχόν παραλείψεις τους.

Άρθρο 16. Εφαρμοστέο Δίκαιο - Αρμοδιότητα Δικαστηρίων: Για κάθε διαφορά από το ασφαλιστήριο ή δικαστική επιδίωξη εφαρμοστέο δίκαιο είναι το Ελληνικό και αποκλειστικά αρμόδια τα Δικαστήρια της πόλης των Αθηνών.

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ / ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ

Ο Κυρίως Ασφαλισμένος έχει δικαίωμα εναντίωσης, εφόσον οι όροι του Πιστοποιητικού Ασφάλισης παρεκκλίνουν των όρων της αίτησης ασφάλισης. Σε αυτή την περίπτωση, πρέπει να συμπληρώσει και να αποστείλει στην Εταιρεία το έντυπο υπόδειγμα (Α) "Δήλωση Εναντίωσης" που επισυνάπτεται στο παρόν, μέσα σ' ένα (1) μήνα από την ημερομηνία παράδοσης σ' αυτόν του Πιστοποιητικού Ασφάλισης.

Σε περίπτωση που για οποιοδήποτε λόγο ο Κυρίως Ασφαλισμένος, δεν παρέλαβε εντύπως ή με ηλεκτρονικό τρόπο τις πληροφορίες που προβλέπονται στο άρθρο 152 του Ν. 4364/2016 κατά τον χρόνο υποβολής της αίτησης για ασφάλιση ή παρέλαβε το Πιστοποιητικό Ασφάλισης χωρίς τους Όρους Ασφάλισης, έχει δικαίωμα εναντίωσης, συμπληρώνοντας και αποστέλλοντας στην Εταιρεία το έντυπο υπόδειγμα (Β) "Δήλωση Εναντίωσης" που επισυνάπτεται στο παρόν, εντός δεκατεσσάρων (14) ημερών από την ημερομηνία παράδοσης σ' αυτόν του Πιστοποιητικού Ασφάλισης.

Ο Κυρίως Ασφαλισμένος δικαιούται, για λόγους ανεξάρτητους από τους αναφερόμενους στις παραπάνω περιπτώσεις (Α) και (Β), να υπαναχωρήσει από την παρούσα σύμβαση ασφάλισης, αποστέλλοντας στην Εταιρεία το έντυπο υπόδειγμα (Γ) "Δήλωση Υπαναχώρησης" που επισυνάπτεται στο παρόν, εντός τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία παράδοσης σ' αυτόν του Πιστοποιητικού Ασφάλισης.

Σε περίπτωση υπαναχώρησης από την ασφαλιστική σύμβαση, επιστρέφονται τα καταβληθέντα ασφάλιστρα.

Προς την
EUROLIFE ERB A.E.A.Z.
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ 33-35 & ΚΟΡΑΗ
10564 ΑΘΗΝΑ

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ (Α)
ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ**

(άρθρο 2, παραγρ. 5 του Ν. 2496/1997)

Σας δηλώνω την εναντίωσή μου ως προς το περιεχόμενο του με αριθμό **140200422** Πιστοποιητικού Ασφάλισης που μου παραδώσατε, διότι το περιεχόμενό του παρεκκλίνει από την αίτηση για ασφάλιση που σας υπέβαλα στα εξής σημεία :

.....
.....
.....

Κατόπιν τούτου, η μεταξύ μας σύμβαση είναι άκυρη εξ' αρχής και το πιο πάνω Πιστοποιητικό Ασφάλισης που μου παραδώσατε δεν έχει καμία απολύτως ισχύ.

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ (Β)
ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ**

(άρθρο 2, παραγρ. 6 του Ν. 2496/1997)

Σας δηλώνω την εναντίωσή μου ως προς την σύναψη της μεταξύ μας ασφάλισης δυνάμει του με αριθμό **140200422** Πιστοποιητικού Ασφάλισης που μου παραδώσατε, διότι :

- Δεν παρέλαβα εντύπως ή με ηλεκτρονικό τρόπο τις πληροφορίες που προβλέπονται στο άρθρο 152 του Ν. 4364/2016.
- Δεν μου παραδόθηκαν μαζί με το Πιστοποιητικό Ασφάλισης οι Όροι Ασφάλισης.

Κατόπιν τούτου, η μεταξύ μας σύμβαση είναι άκυρη εξ' αρχής και το πιο πάνω Πιστοποιητικό Ασφάλισης που μου παραδώσατε δεν έχει καμία απολύτως ισχύ.

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ (Γ)
ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ**

(άρθρο 8 παραγρ. 3 του Ν. 2496/1997 και 40 του 2251/94)

Σας δηλώνω την υπαναχώρησή μου από τη σύναψη της μεταξύ μας σύμβασης ασφάλισης δυνάμει του με αριθμό **140200422** Πιστοποιητικού Ασφάλισης που παρέλαβα.

Κατόπιν τούτου η μεταξύ μας σύμβαση ασφάλισης είναι άκυρη εξ' αρχής και το πιο πάνω Πιστοποιητικό Ασφάλισης που μου παραδώσατε δεν έχει καμία απολύτως ισχύ.

Ημερομηνία

Ο/Η δηλών/δηλούσα

(Υπογραφή)