

ΚΛΑΔΟΣ ΟΜΑΔΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Πρόσθετη Πράξη	43218
Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο	4165
Κωδικός Συνεργάτη	3215/0101

Λήπτης Ασφάλισης	2497576	ΣΩΜ.ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ ΔΙΥΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΜΟΤΟΡ-ΟΙΛ ΚΟΛΟΚΟΤΡΩΝΗ 54-1ος οροφ. ΚΟΡΙΝΘΟΣ Τ.Κ. 20131 Τηλ.: 2741021246	ΑΦΜ: 997272354 ΔΟΥ : ΚΟΡΙΝΘΟΥ
------------------	---------	---	----------------------------------

Διάρκεια Ισχύος	Από 02/04/2017 έως την 02/04/2018
-----------------	-----------------------------------

Λογαριασμός Ασφαλιστρών	Καθαρά ασφάλιστρα	0,00	
	Δικαίωμα συμβολαίου	0,00	
	Εισφορά εγγυητικού	0,00	
	Φόρος Ασφαλιστρών	0,00	
	Μικτά ασφάλιστρα	0,00	Ευρώ

Με την παρούσα πρόσθετη πράξη, η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, ανανεώνεται η ισχύς του για την περίοδο 02/04/2017 - 02/04/2018.

Δηλώνεται ότι από 02/04/2017 τροποποιούνται τα ακόλουθα:

- Η διάρκεια του συμβολαίου ορίζεται ετήσια.
- Προστίθεται στις Παροχές 013 Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη από Ατύχημα & 038 Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη από Ατύχημα ή Ασθένεια δυνατότητα απολογιστικής κάλυψης ιατρικών επισκέψεων, σύμφωνα με τον επισυναπτόμενο Πίνακα Καλύψεων - Παροχών.
- Η Εταιρία αποζημιώνει το ποσό του ΦΠΑ που επιβάλλεται στις δαπάνες νοσηλείας (εξαιρουμένων των αμοιβών γιατρών) σε όλα τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα.
- Στο Άρθρο 12 Γενικές Εξαιρέσεις των Γενικών Όρων του Συμβολαίου προστίθεται ο όρος: Ρητά δηλώνεται ότι η Εταιρία δεν έχει καμία υποχρέωση για αποζημίωση στα πλαίσια του παρόντος ασφαλιστηρίου, εφόσον η πληρωμή αποζημίωσης δύναται να εκθέσει την Εταιρία σε κίνδυνο να επιβληθούν σε βάρος της κυρώσεις, απαγορεύσεις ή περιορισμοί σύμφωνα με αποφάσεις του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών ή με βάση Νόμους ή διατάξεις σχετικούς με εμπορικές ή οικονομικές κυρώσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή κράτους - μέλους αυτής, του Ηνωμένου Βασιλείου ή των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής.

Επισυνάπτεται ο Πίνακας Καλύψεων - Παροχών, το Προσάρτημα Δ, το Προσάρτημα ΣΤ καθώς και ο Πίνακας Συμβεβλημένων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων, όπως ισχύουν.

Οι υπόλοιποι όροι παραμένουν ως είχαν κατά το προηγούμενο ασφαλιστικό έτος.

ΑΘΕΩΡΗΤΑ ΒΑΣΕΙ ΤΗΣ
Α.Υ.Ο. ΠΟΛ1083/2003

Χαλάνδρι 27/04/2017

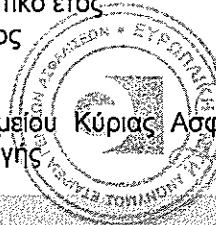


ΚΛΑΔΟΣ ΟΜΑΔΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΑΛΥΨΕΩΝ – ΠΑΡΟΧΩΝ Ο.Σ.: 4165

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 1 – ΕΙΔΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

Κατ.	Κωδ.	ΠΑΡΟΧΗ	Ασφαλισμένο Ποσό
1	001	ΒΑΣΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ	3.000 Ευρώ
1	003	ΘΑΝΑΤΟΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Σε συνδυασμό με τη Βασική Ασφάλιση Ζωής	6.000 Ευρώ 9.000 Ευρώ
1	004	ΜΟΝΙΜΗ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	6.000 Ευρώ
1	005	ΜΟΝΙΜΗ ΜΕΡΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ποσοστό των	6.000 Ευρώ
1	011	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ (Μετά από υποχρεωτική χρήση του Ταμείου Κύριας Ασφάλισης και αποκλειστικά στα Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα) Ανώτατο ποσό παροχής, ετησίως Όριο για δωμάτιο και τροφή ημερησίως Για νοσηλεία στην Ελλάδα Σε περίπτωση νοσηλείας του ασφαλισμένου σε θέση ανώτερη της αναγραφόμενης, η απόδοση εξόδων μειώνεται κατά δέκα πέντε (15) εκατοστιαίες μονάδες, κατά ανώτερη θέση νοσηλείας, πέραν του αρχικού ποσοστού. Για νοσηλεία σε ΜΕΘ	18.000 Ευρώ Δίκλινο 500 Ευρώ
		Απόδοση εξόδων	
		- Στα Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα	75%
		Σε περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας καλύψει τουλάχιστον το 25% των δαπανών, τότε θα καταβάλλεται το 100% του υπολοίπου (διαφορά μεταξύ των αναγνωρισμένων εξόδων και των δαπανών που αποζημιώθηκαν από άλλο Φορέα) και μέχρι τα ανώτατα όρια της παροχής. Σε περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας δεν συμμετέχει στην δαπάνη ή καλύψει ποσοστό μικρότερο του 25% των δαπανών, τότε θα καταβάλλεται το 75% του υπολοίπου (διαφορά μεταξύ των αναγνωρισμένων εξόδων και των δαπανών που αποζημιώθηκαν από άλλο Φορέα) και μέχρι τα ανώτατα όρια της παροχής.	
		- Στα Ειδικά Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα	85%
		Σε περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας καλύψει τουλάχιστον το 15% των δαπανών, τότε θα καταβάλλεται το 100% του υπολοίπου (διαφορά μεταξύ των αναγνωρισμένων εξόδων και των δαπανών που αποζημιώθηκαν από άλλο Φορέα) και μέχρι τα ανώτατα όρια της παροχής. Σε περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας δεν συμμετέχει στην δαπάνη ή καλύψει ποσοστό μικρότερο του 15% των δαπανών, τότε θα καταβάλλεται το 85% του υπολοίπου (διαφορά μεταξύ των αναγνωρισμένων εξόδων και των δαπανών που αποζημιώθηκαν από άλλο Φορέα) και μέχρι τα ανώτατα όρια της παροχής.	
1	013	ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Αγορά Φαρμάκων Ανώτατο όριο για αγορά φαρμάκων ανά ασφαλιστικό έτος Ποσό απαλλαγής κατ' άτομο ανά ασφαλιστικό έτος Απόδοση εξόδων Σε περίπτωση χρήσης των παροχών του Ταμείου Κύριας Ασφάλισης (ΕΟΠΥΥ) δεν θα παρακρατείται το ποσό απαλλαγής	300 Ευρώ 120 Ευρώ 75%



		Σε περίπτωση χρήσης των παροχών του Ταμείου Κύριας Ασφάλισης (ΕΟΠΥΥ) η απόδοση εξόδων ορίζεται σε	100%
		Ιατρικές Επισκέψεις (εκτός Συμβεβλημένου Δικτύου Πρωτοβάθμιας Περιθαλψης. Απολογιστική Κάλυψη Δαπανών) Ανώτατο όριο για κάθε Ιατρική Επίσκεψη Ανώτατος αριθμός Ιατρικών Επισκέψεων κατ' έτος Απόδοση εξόδων	20 Ευρώ 5 100%
1	412	Ιατρικές Επισκέψεις – Διαγνωστικές Εξετάσεις Αποκλειστικά στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περιθαλψης (Απευθείας Κάλυψη Δαπανών) Ανώτατο ποσό κατ' άτομο ετησίως για μικροβιολογικές και διαγνωστικές εξετάσεις Τηλέφωνο συντονιστικού κέντρου Ποσό απαλλαγής κατ' άτομο Ποσό συμμετοχής του ασφαλισμένου στην ιατρική επίσκεψη στο ιατρείο Ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου στο κόστος των εξετάσεων	600 Ευρώ 2310 685695 ---- 10 Ευρώ 25%
		Εξετάσεις εκτός Δικτύου καλύπτονται μέχρι, του ανώτατου ποσού για μικροβιολογικές και διαγνωστικές εξετάσεις, μόνο στην περίπτωση που ο Ασφαλιζόμενος προσκομίσει έγκυρο παραπεμπτικό ηλεκτρονικής συνταγογράφησης του ΕΟΠΥΥ.	
1	366	Προληπτικός οφθαλμολογικός έλεγχος Οι κυρίως ασφαλισμένοι μπορούν να υποβάλλονται σε προληπτικό οφθαλμολογικό έλεγχο (τσεκ απ), μία φορά ανά ασφαλιστικό έτος στα συμβεβλημένα με την Εταιρία οφθαλμολογικά κέντρα. Το πρόγραμμα του οφθαλμολογικού τσεκ απ περιλαμβάνει τις ακόλουθες εξετάσεις: • Πλήρες Ιστορικό • Κερατομετρία • Μέτρηση Οπτικής Οξύτητας • Τονομέτρηση • Εξέταση στη σχισμοειδή λυχνία • Μελέτη βυθού οφθαλμού Τηλεφωνικό Κέντρο για χρήση παροχής Ποσό συμμετοχής του ασφαλισμένου	210-6998961 15 Ευρώ
1	009	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ποσό ημερήσιου επιδόματος Ημέρα προσμέτρησης παροχής Ανώτατο όριο παραμονής Το επίδομα καταβάλλεται μόνο στην περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας καταβάλει όλα τα έξοδα νοσηλείας.	100 Ευρώ 1 ^η ημέρα νοσηλείας 30 ημέρες
1	010	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑ Ποσό ημερήσιου επιδόματος Ημέρα προσμέτρησης παροχής Ανώτατο όριο παραμονής Το επίδομα καταβάλλεται μόνο στην περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας καταβάλει όλα τα έξοδα νοσηλείας.	100 ευρώ 1 ^η ημέρα νοσηλείας 30 ημέρες
1	037	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Καταβαλλόμενο ποσό: (Βάσει πίνακα κατάταξης χειρουργικών επεμβάσεων) Το επίδομα καταβάλλεται μόνο στην περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας καταβάλει όλα τα έξοδα νοσηλείας.	Ποσοστό των 3.000 Ευρώ

ΚΛΑΔΟΣ ΟΜΑΔΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΑΛΥΨΕΩΝ – ΠΑΡΟΧΩΝ Ο.Σ.: 4165

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 2 – ΜΕΧΡΙ 75 ΕΤΩΝ

Κατ.	Κωδ.	ΠΑΡΟΧΗ	Ασφαλισμένο Ποσό
2	001	ΒΑΣΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ	3.000 Ευρώ
2	003	ΘΑΝΑΤΟΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Σε συνδυασμό με τη Βασική Ασφάλιση Ζωής	6.000 Ευρώ 9.000 Ευρώ
2	004	ΜΟΝΙΜΗ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	6.000 Ευρώ
2	005	ΜΟΝΙΜΗ ΜΕΡΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ποσοστό των	6.000 Ευρώ
2	039	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ (Μετά από υποχρεωτική χρήση του Ταμείου Κύριας Ασφάλισης και αποκλειστικά στα Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα) Ανώτατο ποσό παροχής, ετησίως Όριο για δωμάτιο και τροφή ημερησίως Για νοσηλεία στην Ελλάδα Σε περίπτωση νοσηλείας του ασφαλισμένου σε θέση ανώτερη της αναγραφόμενης, η απόδοση εξόδων μειώνεται κατά δέκα πέντε (15) εκατοστιαίες μονάδες, κατά ανώτερη θέση νοσηλείας, πέραν του αρχικού ποσοστού. Για νοσηλεία σε ΜΕΘ	20.000 Ευρώ Δίκλινο 500 Ευρώ
		Απόδοση εξόδων	
		- Στα Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα Σε περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας καλύψει τουλάχιστον το 25% των δαπανών, τότε θα καταβάλλεται το 100% του υπολοίπου (διαφορά μεταξύ των αναγνωρισμένων εξόδων και των δαπανών που αποζημιώθηκαν από άλλο Φορέα) και μέχρι τα ανώτατα όρια της παροχής. Σε περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας δεν συμμετέχει στην δαπάνη ή καλύψει ποσοστό μικρότερο του 25% των δαπανών, τότε θα καταβάλλεται το 75% του υπολοίπου (διαφορά μεταξύ των αναγνωρισμένων εξόδων και των δαπανών που αποζημιώθηκαν από άλλο Φορέα) και μέχρι τα ανώτατα όρια της παροχής.	75%
		- Στα Ειδικά Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα Σε περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας καλύψει τουλάχιστον το 15% των δαπανών, τότε θα καταβάλλεται το 100% του υπολοίπου (διαφορά μεταξύ των αναγνωρισμένων εξόδων και των δαπανών που αποζημιώθηκαν από άλλο Φορέα) και μέχρι τα ανώτατα όρια της παροχής. Σε περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας δεν συμμετέχει στην δαπάνη ή καλύψει ποσοστό μικρότερο του 15% των δαπανών, τότε θα καταβάλλεται το 85% του υπολοίπου (διαφορά μεταξύ των αναγνωρισμένων εξόδων και των δαπανών που αποζημιώθηκαν από άλλο Φορέα) και μέχρι τα ανώτατα όρια της παροχής.	85%
2	038	ΕΞΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ Αγορά Φαρμάκων Ανώτατο όριο για αγορά φαρμάκων ανά ασφαλιστικό έτος Ποσό απαλλαγής κατ' άτομο ανά ασφαλιστικό έτος Απόδοση εξόδων Σε περίπτωση χρήσης των παροχών του Ταμείου Κύριας Ασφάλισης (ΕΟΠΥΥ) δεν θα παρακρατείται το ποσό απαλλαγής	300 Ευρώ 120 Ευρώ 75%



Σε περίπτωση χρήσης των παροχών του Ταμείου Κύριας Ασφάλισης (ΕΟΠΥΥ) η απόδοση εξόδων ορίζεται σε

100%

Ιατρικές Επισκέψεις (εκτός Συμβεβλημένου Δικτύου Πρωτοβάθμιας Περιθαλψής. Απολογιστική Κάλυψη Δαπανών)

Ανώτατο όριο για κάθε Ιατρική Επίσκεψη

20 Ευρώ

Ανώτατος αριθμός Ιατρικών Επισκέψεων κατ' έτος

5

Απόδοση εξόδων

100%

**2 412 Ιατρικές Επισκέψεις – Διαγνωστικές Εξετάσεις
Αποκλειστικά στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας
Περιθαλψής (Απευθείας Κάλυψη Δαπανών)**

Ανώτατο ποσό κατ' άτομο ετησίως για μικροβιολογικές και διαγνωστικές εξετάσεις

600 Ευρώ

Τηλέφωνο συντονιστικού κέντρου

2310 685695

Ποσό απαλλαγής κατ' άτομο

Ποσό συμμετοχής του ασφαλισμένου στην ιατρική επίσκεψη στο ιατρείο

10 Ευρώ

Ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου στο κόστος των εξετάσεων

25%

Εξετάσεις εκτός Δικτύου καλύπτονται, μέχρι του ανώτατου ποσού για μικροβιολογικές και διαγνωστικές εξετάσεις, μόνο στην περίπτωση που ο Ασφαλιζόμενος προσκομίσει έγκυρο παραπεμπτικό ηλεκτρονικής συνταγογράφησης του ΕΟΠΥΥ.

2 366 Προληπτικός οφθαλμολογικός έλεγχος

Οι κυρίως ασφαλισμένοι μπορούν να υποβάλλονται σε προληπτικό οφθαλμολογικό έλεγχο (τσεκ απ), μία φορά ανά ασφαλιστικό έτος στα συμβεβλημένα με την Εταιρία οφθαλμολογικά κέντρα. Το πρόγραμμα του οφθαλμολογικού τσεκ απ περιλαμβάνει τις ακόλουθες εξετάσεις:

- Πλήρες Ιστορικό
- Κερατομετρία
- Μέτρηση Οπτικής Οξύτητας
- Τονομέτρηση
- Εξέταση στη σχισμοειδή λυχνία
- Μελέτη βυθού οφθαλμού

Τηλεφωνικό Κέντρο για χρήση παροχής

210-6998961

Ποσό συμμετοχής του ασφαλισμένου

15 Ευρώ

2 009 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

Ποσό ημερήσιου επιδόματος

100 Ευρώ

Ημέρα προσμέτρησης παροχής

1^η ημέρα νοσηλείας

Ανώτατο όριο παραμονής

30 ημέρες

Το επίδομα καταβάλλεται μόνο στην περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας καταβάλει όλα τα έξοδα νοσηλείας.

2 010 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Ποσό ημερήσιου επιδόματος

100 ευρώ

Ημέρα προσμέτρησης παροχής

1^η ημέρα νοσηλείας

Ανώτατο όριο παραμονής

30 ημέρες

Το επίδομα καταβάλλεται μόνο στην περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας καταβάλει όλα τα έξοδα νοσηλείας.

2 037 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Καταβαλλόμενο ποσό:

Ποσοστό των 3.000

(Βάσει πίνακα κατάταξης χειρουργικών επεμβάσεων)

Ευρώ

Το επίδομα καταβάλλεται μόνο στην περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας καταβάλει όλα τα έξοδα νοσηλείας.

ΚΛΑΔΟΣ ΟΜΑΔΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΑΛΥΨΕΩΝ – ΠΑΡΟΧΩΝ Ο.Σ.:4165

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 3 – ΑΠΟ 76 ΕΩΣ 80 ΕΤΩΝ

Κατ.	Κωδ.	ΠΑΡΟΧΗ	Ασφαλισμένο Ποσό
3	038	ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ	
3	412	Ιατρικές Επισκέψεις – Διαγνωστικές Εξετάσεις Αποκλειστικά στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης (Απευθείας Κάλυψη Δαπανών) Ανώτατο ποσό κατ' άτομο ετησίως για μικροβιολογικές και διαγνωστικές εξετάσεις Τηλέφωνο συντονιστικού κέντρου Ποσό απαλλαγής κατ' άτομο Ποσό συμμετοχής του ασφαλισμένου στην ιατρική επίσκεψη στο ιατρείο Ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου στο κόστος των εξετάσεων Εξετάσεις εκτός Δικτύου καλύπτονται μέχρι, του ανώτατου ποσού για μικροβιολογικές και διαγνωστικές εξετάσεις, μόνο στην περίπτωση που ο Ασφαλιζόμενος προσκομίσει έγκυρο παραπεμπτικό ηλεκτρονικής συνταγογράφησης του ΕΟΠΥΥ.	300 Ευρώ 2310 685695 ---- 10 Ευρώ 25%
3	366	Προληπτικός οφθαλμολογικός έλεγχος Οι κυρίως ασφαλισμένοι μπορούν να υποβάλλονται σε προληπτικό οφθαλμολογικό έλεγχο (τσεκ απ), μία φορά ανά ασφαλιστικό έτος στα συμβεβλημένα με την Εταιρία οφθαλμολογικά κέντρα. Το πρόγραμμα του οφθαλμολογικού τσεκ απ περιλαμβάνει τις ακόλουθες εξετάσεις: • Πλήρες Ιστορικό • Κερατομετρία • Μέτρηση Οπτικής Οξύτητας • Τονομέτρηση • Εξέταση στη σχισμοειδή λυχνία • Μελέτη βυθού οφθαλμού Τηλεφωνικό Κέντρο για χρήση παροχής Ποσό συμμετοχής του ασφαλισμένου	210-6998961 15 Ευρώ
3	009	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ποσό ημερήσιου επιδόματος Ημέρα προσμέτρησης παροχής Ανώτατο όριο παραμονής Το επίδομα καταβάλλεται μόνο στην περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας καταβάλει όλα τα έξοδα νοσηλείας.	100 Ευρώ 1 ^η ημέρα νοσηλείας 30 ημέρες
3	010	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑ Ποσό ημερήσιου επιδόματος Ημέρα προσμέτρησης παροχής Ανώτατο όριο παραμονής Το επίδομα καταβάλλεται μόνο στην περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας καταβάλει όλα τα έξοδα νοσηλείας.	100 ευρώ 1 ^η ημέρα νοσηλείας 30 ημέρες
3	037	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ Καταβαλλόμενο ποσό: (Βάσει πίνακα κατάταξης χειρουργικών επεμβάσεων) Το επίδομα καταβάλλεται μόνο στην περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας καταβάλει όλα τα έξοδα νοσηλείας.	Ποσοστό των 2.000 Ευρώ

ΛΗΠΤΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ Α.Ε.Γ.Α.

ΠΡΟΣΑΡΤΗΜΑ Δ

013. ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

ΑΡΘΡΟ 1. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Σε περίπτωση που, εξαιτίας ατυχήματος Ασφαλιζόμενος, μετά από σύσταση Ιατρού, υποβληθεί σε καλυπτόμενες δαπάνες εκτός Νοσηλευτικού Ιδρύματος, όπως αυτές περιγράφονται στο Άρθρο 2 του Προσαρτήματος αυτού, η Εταιρία θα καταβάλλει τις προβλεπόμενες παροχές, όπως αναγράφονται στον Πίνακα Καλύψεων – Παροχών του ασφαλιστηρίου συμβολαίου. Σε κάθε περίπτωση, οι όροι του παρόντος Προσαρτήματος, εφόσον εισάγουν διαφορετική ρύθμιση, είναι ισχυρότεροι των Γενικών Όρων του Συμβολαίου Ομαδικής Ασφάλισης.

ΑΡΘΡΟ 2. ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ

Σαν καλυπτόμενες δαπάνες θα θεωρούνται αποκλειστικά τα έξοδα που έγιναν για οποιαδήποτε από τις παρακάτω αιτίες:

- α. Αγορά φαρμάκων (εγκεκριμένων από τον Ε.Ο.Φ.) με συνταγή Ιατρού.
- β. Εργαστηριακές – Διαγνωστικές εξετάσεις αποκλειστικά στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης.
- γ. Ιατρικές επισκέψεις.

Δεν θεωρούνται πάντως καλυπτόμενες δαπάνες πραγματοποιηθέντα έξοδα για υπηρεσίες οι οποίες δεν είναι απολύτως αναγκαίες για την περίθαλψη του Ασφαλιζόμενου ή έξοδα τα οποία αδικαιολόγητα υπερβαίνουν τη συνήθη και λογική χρέωση για αντίστοιχες ιατρικές εργασίες ή πράξεις ή δαπάνες οι οποίες έχουν αποζημιωθεί από άλλο ασφαλιστικό φορέα.

Ως συνήθης και λογική χρέωση θεωρείται η χρέωση για παροχή ιατρικών υπηρεσιών σύμφωνα με το γενικό επίπεδο τιμών, η οποία δεν υπερβαίνει την αντίστοιχη χρέωση για παρόμοιες υπηρεσίες σε άτομα με παρεμφερή χαρακτηριστικά (ηλικία, είδος ασθένειας ή ατυχήματος).

ΑΡΘΡΟ 3. ΑΝΩΤΑΤΟ ΠΟΣΟ ΠΑΡΟΧΗΣ – ΑΠΟΔΟΣΗ ΕΞΟΔΩΝ – ΠΟΣΟ ΑΠΑΛΛΑΓΗΣ

Ως Ανώτατο ποσό παροχής ορίζεται το ανώτατο ποσό καλυπτομένων δαπανών που μπορεί να καταβάλει η Εταιρία σε κάθε Ασφαλιζόμενο στη διάρκεια ενός ασφαλιστικού έτους και το οποίο καθορίζεται στον Πίνακα Καλύψεων – Παροχών του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, για το σύνολο των καλυπτομένων δαπανών.

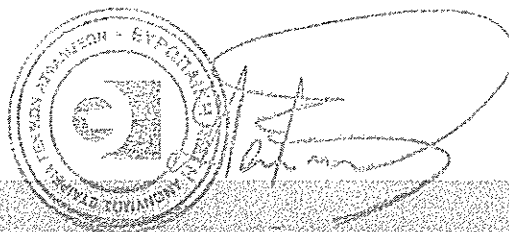
Ως Απόδοση εξόδων ορίζεται το ποσοστό συμμετοχής της Εταιρίας στις αναγνωρισμένες δαπάνες των Ασφαλιζόμενων, το οποίο καθορίζεται στον Πίνακα Καλύψεων – Παροχών του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

Ως Ποσό απαλλαγής ορίζεται το ποσό από τις αναγνωρισμένες δαπάνες που πραγματοποίησε ο Ασφαλιζόμενος κατά τη διάρκεια του ασφαλιστικού έτους το οποίο βαρύνει στο ακέραιο τον Ασφαλιζόμενο και το οποίο πρέπει να συμπληρωθεί πριν η Εταιρία καταβάλλει οποιαδήποτε παροχή. Το ποσό απαλλαγής ισχύει για κάθε Ασφαλιζόμενο, καθορίζεται δε στον Πίνακα Καλύψεων – Παροχών του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

ΑΡΘΡΟ 4. ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΚΑΛΥΨΗ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΣΤΟ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΔΙΚΤΥΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΜΕΣΩ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

Προκειμένου να κάνουν χρήση παροχών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (διαγνωστικές εξετάσεις και ιατρικές επισκέψεις), οι Ασφαλιζόμενοι θα πρέπει απαραίτητα να επικοινωνούν με το Συντονιστικό Κέντρο. Το Συντονιστικό Κέντρο είναι στελεχωμένο με άρτια εκπαιδευμένο διοικητικό προσωπικό και λειτουργεί καθημερινά, σε 24ωρη βάση, 365 ημέρες το χρόνο. Ο Ασφαλιζόμενος έχει άμεση πρόσβαση στο Συντονιστικό Κέντρο στο τηλέφωνο 2310 685695. Το εξειδικευμένο προσωπικό του Συντονιστικού Κέντρου παρέχει τηλεφωνικώς τις ακόλουθες υπηρεσίες:

- Υποδέχεται τον Ασφαλιζόμενο, επεξηγεί το Πρόγραμμα Ομαδικής Ασφάλισης (εφόσον ζητηθεί) και παρέχει οδηγίες σχετικά με τη βέλτιστη χρήση των παροχών.
- Παρέχει στον Ασφαλιζόμενο πληροφορίες σχετικά με το ύψος των ασφαλισμένων ποσών καθώς και τη διαδικασία αποζημιώσεων.
- Συντονίζει τη χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης.



Σε περίπτωση που ο Ασφαλιζόμενος κάνει χρήση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης που καλύπτονται από το παρόν Προσάρτημα με χρήση του Συντονιστικού Κέντρου, η Εταιρία παρέχει τους παρακάτω προνομιακούς όρους αποζημίωσης:

1) Ιατρικές Επισκέψεις που αιτείται ο Ασφαλιζόμενος, σύμφωνα με τα παρακάτω:

Ο Ασφαλιζόμενος θα συμμετέχει στο κόστος των ιατρικών επισκέψεων αποκλειστικά και μόνο με το ποσό των δέκα (10) ευρώ. Η συμμετοχή του Ασφαλιζόμενου στο κόστος της επίσκεψης καταβάλλεται απ' ευθείας στο ιατρείο έναντι νόμιμης απόδειξης.

Προκειμένου να επισκεφθεί ιατρό στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, ο Ασφαλιζόμενος θα πρέπει να επικοινωνεί υποχρεωτικά με το Συντονιστικό Κέντρο, προκειμένου να τον κατευθύνουν σε γιατρό της ειδικότητας που χρειάζεται. Ο Ασφαλιζόμενος θα πρέπει να παρουσιάσει απαραίτητα την αστυνομική του ταυτότητα καθώς και την ατομική κάρτα ομαδικής ασφάλισης.

2) Εργαστηριακές ή Απεικονιστικές Διαγνωστικές Εξετάσεις, (με την προϋπόθεση ότι αυτές μπορούν να πραγματοποιηθούν στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης).

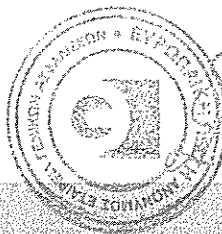
Ο Ασφαλιζόμενος θα συμμετέχει στο κόστος των εξετάσεων σε ποσοστό 25%. Σημειώνεται ότι η τιμολόγηση των εξετάσεων θα γίνεται βάσει ειδικού εκπαιδευτικού τιμοκαταλόγου. Η συμμετοχή του Ασφαλιζόμενου στο κόστος των εξετάσεων καταβάλλεται απ' ευθείας στο διαγνωστικό κέντρο, έναντι νόμιμης απόδειξης.

Προκειμένου να πραγματοποιήσει εξετάσεις στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, ο Ασφαλιζόμενος θα πρέπει να επικοινωνεί υποχρεωτικά με το Συντονιστικό Κέντρο στο τηλέφωνο 2310 685695, προκειμένου να τον κατευθύνουν στο διαγνωστικό κέντρο που θα πραγματοποιήσει τις εξετάσεις. Ο Ασφαλιζόμενος θα πρέπει να παρουσιάσει παραπεμπτικό του θεράποντα ιατρού που συνιστά τις εξετάσεις, την αστυνομική του ταυτότητα καθώς και την ατομική κάρτα ομαδικής ασφάλισης.

ΑΡΘΡΟ 5. ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ

Πέρα από τις Γενικές Εξαιρέσεις του ΑΡΘΡΟΥ 12. των Γενικών Όρων του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, δεν καλύπτονται και οι κατωτέρω περιπτώσεις και οι άμεσες ή έμμεσες συνέπειες τους:

- α. Προϋπάρχουσες της ασφάλισης παθήσεις και επιπλοκές ή απότοκά τους, τραυματικές και μετατραυματικές παθήσεις και οι επιπλοκές τους καθώς και συγγενείς παθήσεις.
- β. Θεραπείες με σκοπό τον καλλωπισμό μερών του σώματος ή διορθώσεις ανατομικών δυσπλασιών, εκτός εάν κρίνονται απαραίτητες μετά από ατύχημα που συνέβη κατά τη διάρκεια ισχύος του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.
- γ. Δαπάνες Ομοιοπαθητικής Ιατρικής.
- δ. Δεν αναγνωρίζονται ως φάρμακα οι βιταμίνες, τα εμβόλια, οι αρωματικές, καλλυντικές, διεγερτικές ή/και ναρκωτικές ουσίες, καθώς και οποιοδήποτε φαρμακευτικό προϊόν που δεν είναι εγκεκριμένο από τον Ε.Ο.Φ.
- ε. Σωματική βλάβη που προξενήθηκε από τον ίδιο τον Ασφαλιζόμενο ανεξαρτήτως της διανοητικής του κατάστασης.



ΠΡΟΣΑΡΤΗΜΑ ΣΤ

038. ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ

ΑΡΘΡΟ 1. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Σε περίπτωση που, εξαιτίας ατυχήματος ή ασθένειας, Ασφαλιζόμενος, μετά από σύσταση Ιατρού, υποβληθεί σε καλυπτόμενες δαπάνες εκτός Νοσηλευτικού Ιδρύματος, όπως αυτές περιγράφονται στο Άρθρο 2 του Προσαρτήματος αυτού, η Εταιρεία θα καταβάλλει τις προβλεπόμενες παροχές, όπως αναγράφονται στον Πίνακα Καλύψεων – Παροχών του ασφαλιστηρίου συμβολαίου. Σε κάθε περίπτωση, οι όροι του παρόντος Προσαρτήματος, εφόσον εισάγουν διαφορετική ρύθμιση, είναι ισχυρότεροι των Γενικών Όρων του Συμβολαίου Ομαδικής Ασφάλισης.

ΑΡΘΡΟ 2. ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ

Σαν καλυπτόμενες δαπάνες θα θεωρούνται αποκλειστικά τα έξοδα που έγιναν για οποιαδήποτε από τις παρακάτω αιτίες:

- α. Αγορά φαρμάκων (εγκεκριμένων από τον Ε.Ο.Φ.) με συνταγή ιατρού.
- β. Εργαστηριακές – Διαγνωστικές εξετάσεις αποκλειστικά στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης.
- γ. Ιατρικές επισκέψεις.

Δεν θεωρούνται πάντως καλυπτόμενες δαπάνες πραγματοποιηθέντα έξοδα για υπηρεσίες οι οποίες δεν είναι απολύτως αναγκαίες για την περίθαλψη του Ασφαλιζόμενου ή έξοδα τα οποία αδικαιολόγητα υπερβαίνουν τη συνήθη και λογική χρέωση για αντίστοιχες ιατρικές εργασίες ή πράξεις ή δαπάνες οι οποίες έχουν αποζημιωθεί από άλλο ασφαλιστικό φορέα.

Ως συνήθης και λογική χρέωση θεωρείται η χρέωση για παροχή ιατρικών υπηρεσιών σύμφωνα με το γενικό επίπεδο τιμών, η οποία δεν υπερβαίνει την αντίστοιχη χρέωση για παρόμοιες υπηρεσίες σε άτομα με παρεμφερή χαρακτηριστικά (ηλικία, είδος ασθένειας ή ατυχήματος).

ΑΡΘΡΟ 3. ΑΝΩΤΑΤΟ ΠΟΣΟ ΠΑΡΟΧΗΣ – ΑΠΟΔΟΣΗ ΕΞΟΔΩΝ – ΠΟΣΟ ΑΠΑΛΛΑΓΗΣ

Ως Ανώτατο ποσό παροχής ορίζεται το ανώτατο ποσό καλυπτομένων δαπανών που μπορεί να καταβάλει η Εταιρεία σε κάθε Ασφαλιζόμενο στη διάρκεια ενός ασφαλιστικού έτους και το οποίο καθορίζεται στον Πίνακα Καλύψεων – Παροχών του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, για το σύνολο των καλυπτομένων δαπανών.

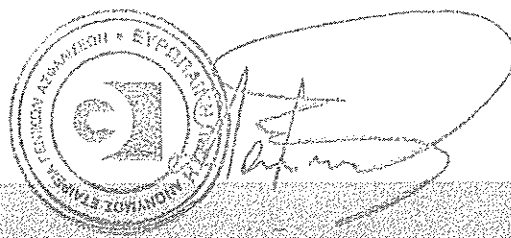
Ως Απόδοση εξόδων ορίζεται το ποσοστό συμμετοχής της Εταιρείας στις αναγνωρισμένες δαπάνες των Ασφαλιζόμενων, το οποίο καθορίζεται στον Πίνακα Καλύψεων – Παροχών του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

Ως Ποσό απαλλαγής ορίζεται το ποσό από τις αναγνωρισμένες δαπάνες που πραγματοποιήσει ο Ασφαλιζόμενος κατά τη διάρκεια του ασφαλιστικού έτους το οποίο βαρύνει στο ακέραιο τον Ασφαλιζόμενο και το οποίο πρέπει να συμπληρωθεί πριν η Εταιρεία καταβάλει οποιαδήποτε παροχή. Το ποσό απαλλαγής ισχύει για κάθε Ασφαλιζόμενο, καθορίζεται δε στον Πίνακα Καλύψεων – Παροχών του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

ΑΡΘΡΟ 4. ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΚΑΛΥΨΗ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΣΤΟ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΔΙΚΤΥΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΜΕΣΩ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

Προκειμένου να κάνουν χρήση παροχών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (διαγνωστικές εξετάσεις και ιατρικές επισκέψεις), οι Ασφαλιζόμενοι θα πρέπει απαραίτητως να επικοινωνούν με το Συντονιστικό Κέντρο. Το Συντονιστικό Κέντρο είναι στελεχωμένο με άρτια εκπαιδευμένο διοικητικό προσωπικό και λειτουργεί καθημερινά, σε 24ωρη βάση, 365 ημέρες το χρόνο. Ο Ασφαλιζόμενος έχει άμεση πρόσβαση στο Συντονιστικό Κέντρο στο τηλέφωνο 2310 685695. Το εξειδικευμένο προσωπικό του Συντονιστικού Κέντρου παρέχει τηλεφωνικώς τις ακόλουθες υπηρεσίες:

- Υποδέχεται τον Ασφαλιζόμενο, επεξηγεί το Πρόγραμμα Ομαδικής Ασφάλισης (εφόσον ζητηθεί) και παρέχει οδηγίες σχετικά με τη βέλτιστη χρήση των παροχών.
- Παρέχει στον Ασφαλιζόμενο πληροφορίες σχετικά με το ύψος των ασφαλισμένων ποσών καθώς και τη διαδικασία αποζημιώσεων.
- Συντονίζει τη χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης.



Σε περίπτωση που ο Ασφαλιζόμενος κάνει χρήση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης που καλύπτονται από το παρόν Προσάρτημα με χρήση του Συντονιστικού Κέντρου, η Εταιρία παρέχει τους παρακάτω προνομιακούς όρους αποζημίωσης:

1) Ιατρικές Επισκέψεις που αιτείται ο Ασφαλιζόμενος, σύμφωνα με τα παρακάτω:

Ο Ασφαλιζόμενος θα συμμετέχει στο κόστος των ιατρικών επισκέψεων αποκλειστικά και μόνο με το ποσό των δέκα (10) ευρώ. Η συμμετοχή του Ασφαλιζόμενου στο κόστος της επίσκεψης καταβάλλεται απ' ευθείας στο ιατρείο έναντι νόμιμης απόδειξης.

Προκειμένου να επισκεφθεί ιατρό στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, ο Ασφαλιζόμενος θα πρέπει να επικοινωνεί υποχρεωτικά με το Συντονιστικό Κέντρο, προκειμένου να τον κατευθύνουν σε γιατρό της ειδικότητας που χρειάζεται. Ο Ασφαλιζόμενος θα πρέπει να παρουσιάσει απαραίτητα την αστυνομική του ταυτότητα καθώς και την ατομική κάρτα ομαδικής ασφάλισης.

2) Εργαστηριακές ή Απεικονιστικές Διαγνωστικές Εξετάσεις, (με την προϋπόθεση ότι αυτές μπορούν να πραγματοποιηθούν στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης).

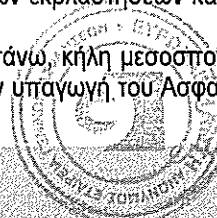
Ο Ασφαλιζόμενος θα συμμετέχει στο κόστος των εξετάσεων σε ποσοστό 25%. Σημειώνεται ότι η τιμολόγηση των εξετάσεων θα γίνεται βάσει ειδικού εκπαιδευτικού τιμοκαταλόγου. Η συμμετοχή του Ασφαλιζόμενου στο κόστος των εξετάσεων καταβάλλεται απ' ευθείας στο διαγνωστικό κέντρο, έναντι νόμιμης απόδειξης.

Προκειμένου να πραγματοποιήσει εξετάσεις στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, ο Ασφαλιζόμενος θα πρέπει να επικοινωνεί υποχρεωτικά με το Συντονιστικό Κέντρο στο τηλέφωνο 2310 685695, προκειμένου να τον κατευθύνουν στο διαγνωστικό κέντρο που θα πραγματοποιήσει τις εξετάσεις. Ο Ασφαλιζόμενος θα πρέπει να παρουσιάσει παραπεμπτικό του θεράποντα ιατρού που συνιστά τις εξετάσεις, την αστυνομική του ταυτότητα καθώς και την ατομική κάρτα ομαδικής ασφάλισης.

ΑΡΘΡΟ 5. ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ

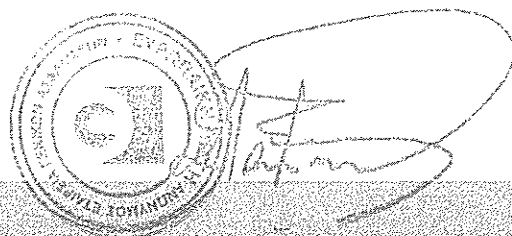
Πέρα από τις Γενικές Εξαιρέσεις του ΑΡΘΡΟΥ 12. των Γενικών Όρων του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, δεν καλύπτονται και οι κατωτέρω περιπτώσεις και οι άμεσες ή έμμεσες συνέπειες τους:

- α. Προϋπάρχουσες της ασφάλισης παθήσεις και οι επιπλοκές τους, τραυματικές και μετατραυματικές παθήσεις και οι επιπλοκές τους καθώς και συγγενείς παθήσεις.
- β. Γενικές διαγνωστικές εξετάσεις (τοεκ απ), προληπτική ιατρική ή εξετάσεις χωρίς σαφή αιτιολογία.
- γ. Αισθητικές ή πλαστικές χειρουργικές επεμβάσεις ή θεραπείες με σκοπό τον καλλωπισμό μερών του σώματος, θεραπείες ή επεμβάσεις με σκοπό την απώλεια βάρους λόγω νοσογόνου παχυσαρκίας, ανατομικές δυσπλασίες, εκτός εάν κρίνονται απαραίτητες μετά από ατύχημα που συνέβη κατά τη διάρκεια ισχύος του ασφαλιστηρίου συμβολαίου. Στη συγκεκριμένη εξαίρεση δεν συμπεριλαμβάνεται η προσθετική αποκατάσταση μαστού/ών μετά από μαστεκτομή λόγω Ca μαστών που καλύπτεται από το παρόν ασφαλιστήριο.
- δ. Θεραπείες αλκοολισμού ή χρήσης ναρκωτικών, διανοητικών και ψυχιατρικών παθήσεων, ψυχικών και ψυχωσικών διαταραχών.
- ε. Εγκυμοσύνη, τοκετός, αποβολή, άμβλωση, εξωμήτριος κύηση ή θεραπεία βελτίωσης της ικανότητας για τεκνοποίηση, άμεσα ή έμμεσα.
- στ. Δαπάνες για αγορά φακών επαφής, οφθαλμικών, ακουστικών βαρηκοΐας καθώς και εξετάσεις ή θεραπείες που σχετίζονται με διαθλαστικές ανωμαλίες των οφθαλμών.
- ζ. Οδοντιατρικές δαπάνες (συμπεριλαμβανομένων δαπανών για φατνία και ούλα), εκτός αν αποδεδειγμένα οφείλονται σε ατύχημα που συνέβη κατά την διάρκεια της υπαγωγής του Ασφαλιζόμενου στην ασφάλιση.
- η. Το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας.
- θ. Ασθένειες των γεννητικών οργάνων, κήλες γενικώς, αρθροσκοπήσεις, αμυγδαλεκτομή, σκληροκοιδοεκτομή, αιμορροΐδεκτομή, ραγάδα δακτυλίου, κισσοί και αφαίρεση αδενοειδών εκβλαστήσεων κατά τους πρώτους έξι (6) μήνες υπαγωγής του Ασφαλιζόμενου στην Ασφάλιση.
Διευκρινίζεται ότι προκειμένου να καλυφθεί, σύμφωνα με τα παραπάνω, κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου αυτή θα πρέπει να οφείλεται αποκλειστικά, σε ατύχημα που συνέβη μετά την υπαγωγή του Ασφαλιζόμενου στην ομαδική ασφάλιση.



Η αποκατάσταση του ρινικού διαφράγματος που αποδεδειγμένα οφείλεται σε ατύχημα που συνέβη κατά την διάρκεια της υπαγωγής Ασφαλιζόμενου στην ομαδική ασφάλιση, θα καλύπτεται εφόσον προσκομισθούν οι σχετικές ακτινογραφίες, πριν και μετά την επέμβαση.

- ι. Δαπάνες για εξετάσεις Κυτταρογενετικής και Μοριακής Διαγνωστικής.
- ια. Επεμβατική Δερματολογία – Δερματοχειρουργική (όπως ενδεικτικά αλλά όχι περιοριστικά αφαίρεση μυρμηκιών, ακροχορδώνων, δερματικών θηλωμάτων, σπύλων, καλοηθών όγκων του δέρματος κλπ) εκτός των περιπτώσεων καρκινικών ή προκαρκινικών βλαβών ή ιατρικών πράξεων που αφορούν αντιμετώπιση κονδυλωμάτων (HPV). Διευκρινίζεται ότι οποιοδήποτε αίτημα αποζημίωσης δαπανών δερματολογικών ιατρικών πράξεων πρέπει απαραίτητα να συνοδεύεται από την αντίστοιχη ιστολογική εξέταση.
- ιβ. Δαπάνες Ρομποτικής Χειρουργικής ή Τηλεχειρουργικής.
- ιγ. Δεν αναγνωρίζονται ως φάρμακα οι βιταμίνες, τα εμβόλια, οι αρωματικές, καλλυντικές, διεγερτικές ή/και ναρκωτικές ουσίες, καθώς και οποιοδήποτε φαρμακευτικό προϊόν που δεν είναι εγκεκριμένο από τον Ε.Ο.Φ.
- ιδ. Εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται εκτός Συμβεβλημένου Δικτύου Πρωτοβάθμιας περίθαλψης για τις οποίες ο Ασφαλιζόμενος δεν θα προσκομίσει έγκυρο παραπεμπτικό.



ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ

ΕΙΔΙΚΑ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

<u>ΑΘΗΝΑ</u>	<u>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ</u>	<u>ΤΗΛΕΦΩΝΑ</u>
ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ	Λ. ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 107, ΑΘΗΝΑ	210-6972000
ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	Λ. ΣΥΓΓΡΟΥ 356, ΚΑΛΛΙΘΕΑ	210-9493000
«METROPOLITAN»	ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ 1 & ΕΘΝ. ΜΑΚΑΡΙΟΥ 9	210-4809110-16
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ	ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ 9, ΠΑΡΟΔΟΣ Δ. ΣΟΥΤΣΟΥ	210-6416600
DOCTOR'S HOSPITAL	ΠΑΤΗΣΙΩΝ & ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ 26	210-8807000
<u>ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ</u>	<u>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ</u>	<u>ΤΗΛΕΦΩΝΑ</u>
EUROMEDICA-ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Μ. ΚΑΛΑΣ & ΓΡΑΒΙΑΣ 2	2310-895100
EUROMEDICA – ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ	ΒΙΖΥΗΣ 1	2310-966100

ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

<u>ΑΘΗΝΑ</u>	<u>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ</u>	<u>ΤΗΛΕΦΩΝΑ</u>
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ	ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 31, ΑΘΗΝΑ	210-3674000
ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ	Μ. ΓΕΡΟΥΛΑΝΟΥ 15, ΑΘΗΝΑ	210-6962600
ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ	ΔΙΣΤΟΜΟΥ 5-7, ΜΑΡΟΥΣΙ	210-6198100
ΙΑΤΡΙΚΟ ΨΥΧΙΚΟΥ	ΑΝΤΕΡΣΕΝ 1, Ν. ΨΥΧΙΚΟ	210-6974000
ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ	ΕΘΝΑΡΧΟΥ ΜΑΚΑΡΙΟΥ 60	210-5799000
ΙΑΤΡΙΚΟ Π. ΦΑΛΗΡΟΥ	ΑΡΕΩΣ 36, Π. ΦΑΛΗΡΟ	210-9892100
ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ	ΔΙΣΤΟΜΟΥ 5-7, ΜΑΡΟΥΣΙ	210-6198100
ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΙΡΑΙΑ	ΦΙΛΕΛΛΗΝΩΝ 34, ΠΕΙΡΑΙΑΣ	210-4582200
ΙΑΣΩ GENERAL	Λ. ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 264, ΧΟΛΑΡΓΟΣ	210-6502000
ΙΑΣΩ	Λ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ 37-39, ΜΑΡΟΥΣΙ	210-6184000
ΙΑΣΩ ΠΑΙΔΩΝ	Λ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ 37-39, ΜΑΡΟΥΣΙ	210-6383000
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	ΛΕΜΕΣΟΥ 39, ΑΘΗΝΑ	210-8691900
ΡΕΑ	Λ.ΣΥΓΓΡΟΥ 383 & ΠΕΝΤΕΛΗΣ 17	210-9495000
ΟΡΑΣΙΣ Αμπελοκήπων	Λ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ 98 & ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ	210-6998961
ΟΡΑΣΙΣ Περιστερίου	ΑΡΚΑΔΙΑΣ 33, ΠΕΡΙΣΤΕΡΙ	210-5711712
<u>ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ</u>	<u>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ</u>	<u>ΤΗΛΕΦΩΝΑ</u>
ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ	ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 10, ΠΥΛΑΙΑ	2310-400000
ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	ΜΗΤΡΟΠΟΛΕΩΣ 86	2310-372600
<u>ΛΑΡΙΣΑ</u>	<u>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ</u>	<u>ΤΗΛΕΦΩΝΑ</u>
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	8οχλμ. Π.Ε.Ο. ΛΑΡΙΣΑΣ-ΑΘΗΝΩΝ	2410-555450
ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ	28ης ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 1, ΛΑΡΙΣΑ	2410-287756
<u>ΚΡΗΤΗ</u>	<u>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ</u>	<u>ΤΗΛΕΦΩΝΑ</u>
CRETA INTERCLINIC	ΜΙΝΩΟΣ 63, ΗΡΑΚΛΕΙΟ	2810-373800
ΙΑΣΙΣ-ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΑΒΡΙΛΑΚΗ	Μ. ΜΠΟΤΣΑΡΗ 76-78, ΧΑΝΙΑ	28210-70800
ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΝ ΚΡΗΤΗΣ	ΖΩΓΡΑΦΟΥ 8, ΗΡΑΚΛΕΙΟ	2810-342622
<u>ΡΟΔΟΣ</u>	<u>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ</u>	<u>ΤΗΛΕΦΩΝΑ</u>
ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ	ΛΕΩΦ. ΡΟΔΟΥ – ΛΙΝΔΟΥ	22410-45000

Η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα της μεταβολής του πίνακα συμβεβλημένων νοσηλευτικών ιδρυμάτων χωρίς προηγούμενη ειδοποίηση του Λήπτη της Ασφάλισης.

