Όροι ασφαλιστηρίου συμβολαίου υγείας FAMILY PLATINUM

Γενικοί Όροι

Δια του παρόντος συνομολογείται και γίνεται αποδεκτό ότι εφόσον καταβάλλονται τα ασφάλιστρα σύμφωνα με τα οριζόμενα στα παρακάτω άρθρα του παρόντος (Άρθρα 2, 9, 10 & 11) και σύμφωνα με την κάλυψη που περιγράφεται στον Πίνακα Παροχών (πρώτη/τες σελίδα/δες), τους όρους, προβλέψεις και εξαιρέσεις που αναφέρονται παρακάτω, και σύμφωνα με τις δηλώσεις του Ασφαλισμένου που αφορούν στην/στον ίδιο ή/και στα παιδιά του και την ισχύουσα Νομοθεσία περί Ασφαλίσεων, η Εταιρεία θα αποζημιώσει τον Ασφαλισμένο ή/και θα πληρώσει άμεσα στο Συμβεβλημένο Νοσηλευτικό Ίδρυμα / ιατρό / υπηρεσία –τα προβλεπόμενα στις καλύψεις του παρόντος όπως περιγράφονται στον Πίνακα και μέχρι του ανώτατου ετήσιου Ασφαλιστικού Ποσού που ορίζεται ανά περίπτωση.

1. Ορισμοί

Οι όροι που χρησιμοποιούνται στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο θα έχουν την έννοια που τους δίδεται κατωτέρω:

1.1. **Η Εταιρεία (Ο Ασφαλιστής)**: Interasco ΑΕΓΑ.

1.2. **Το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο**: Το ασφαλιστήριο συμβόλαιο, συμπεριλαμβανομένων, των γενικών όρων και ειδικών όρων, της προτάσεως ασφάλισης και οποιουδήποτε προσαρτήματος ή πρόσθετης, κατάλληλα επικυρωμένης, τροποιητικής των όρων πράξης επισυνάπτεται σε αυτό.

1.3. **Λήπτης της Ασφάλισης/ Συμβαλλόμενος**: Το φυσικό ή νομικό πρόσωπο που συμβάλλεται με την Εταιρεία και έχει όλα τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις που απορρέουν από το παρόν ασφαλιστήριο, εκτός του δικαιώματος να λάβει αποζημίωση με την έλευση της ασφαλιστικής περίπτωσης (εκτός εάν είναι ο/η ίδιος/α και Ασφαλισμένος).

1.4. **Ασφαλισμένος**: Το πρόσωπο σχετικά με την υγεία του οποίου και στο όνομα του οποίου συνάπτεται η ασφάλιση και το οποίο μπορεί να είναι είτε ο Συμβαλλόμενος είτε τρίτος και έχει το δικαίωμα να κάνει χρήση της παροχής (αποζημιωθεί) στην περίπτωση έλευσης της ασφαλιστικής περίπτωσης.

1.5. **Πρόταση Ασφάλισης**: Το έντυπο, το οποίο χορηγείται από τον ασφαλιστή και περιέχει σειρά ερωτημάτων, τα οποία υποχρεούται ο Ασφαλισμένος να απαντήσει με ειλικρίνεια και δηλώσεις τις οποίες καλείται να επικυρώσει με την υπογραφή του. Οι ως άνω ερωτήσεις και δηλώσεις αφορούν προσωπικά τον Ασφαλισμένο ο οποίος συμπληρώνει, δηλώνει υπεύθυνα και υπογράφει την Πρόταση Ασφάλισης , καθώς και ο Λήπτης της Ασφάλισης εφόσον αυτός δεν ταυτίζεται με το πρόσωπο του Ασφαλισμένου. Επιπλέον, για την πληρωμή των ασφαλίστρων, η πρόταση ασφαλίσεως περιλαμβάνει και πάγια εντολή πληρωμής μέσω τράπεζας ή/και άλλη εντολή πληρωμής, συμπεριλαμβανομένης και πληρωμής με πιστωτική κάρτα.

1.6. **Ημερομηνία Έναρξης Ισχύος του Ασφαλιστηρίου**: Η ημερομηνία που εμφανίζεται στον Πίνακα Παροχών, σαν η «Ημερομηνία έναρξης ισχύος του ασφαλιστηρίου».

1.7. **Ημερομηνία πρώτης εγγραφής του Ασφαλισμένου:** Η ημέρα (12:00 τοπική ώρα) μήνας και ο χρόνος κατά την οποία ο Ασφαλισμένος έχει εγγραφεί και καλυφθεί για πρώτη φορά με αυτό το ασφαλιστήριο ή έχει εγγραφεί και καλυφθεί με ένα αρχικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο το οποίο έχει ανανεωθεί χωρίς καμία διακοπή.

1.8. **Περίοδος Ασφαλιστηρίου**: Κάθε ετήσια περίοδος η οποία αρχίζει από την ημερομηνία έναρξης ισχύος του ασφαλιστηρίου και η οποία ανανεώνεται σύμφωνα με τα αναφερόμενα στην παράγραφο 7 του παρόντος.

1.9. **Ασφάλιστρο**: Το χρηματικό ποσό, που αναφέρεται στον Πίνακα Παροχών, αφορά στο σύνολο των καλύψεων του παρόντος ασφαλιστηρίου και το οποίο καταβάλει κατ'έτος ο Λήπτης της Ασφάλισης στην Εταιρεία, προκειμένου να παρασχεθεί η ασφαλιστική κάλυψη σύμφωνα με τους όρους του ασφαλιστήριου.

1.10. **Ασφαλιστικό Συμβάν / Ασφαλιστική Περίπτωση**: Σύνολο γεγονότων και καταστάσεων που παρουσιάζουν αιτιολογική συνάφεια και χρονική αλληλουχία, τα οποία περιγράφονται σε κάθε κάλυψη, η επέλευση των οποίων καθιστά τον Ασφαλισμένο δικαιούχο αποζημιώσεως, σύμφωνα με το παρόν ασφαλιστήριο.

1.11. **Ασθένεια:** Κάθε διαταραχή της φυσιολογικής λειτουργίας του οργανισμού του ασφαλισμένου που αποδεικνύεται με αντικειμενικά κριτήρια, πιστοποιείται ιατρικά, απαιτεί αναγνωρισμένη και αποδεκτή ιατρική θεραπεία δεν οφείλεται σε ατύχημα, προέρχεται από αιτίες οι οποίες δεν προϋπήρχαν της ασφάλισης και η οποία συνέβη τουλάχιστον 90 ημέρες μετά την ημερομηνία έναρξης ισχύος του παρόντος ασφαλιστήριου.

1.12. **Ατύχημα:** Κάθε σωματική βλάβη του ασφαλισμένου που αποδεικνύεται αντικειμενικά και προέρχεται από εξωτερική, βίαιη, τυχαία, αιφνίδια και ανεξάρτητη από την πρόθεση του ασφαλισμένου αιτία και η οποία συνέβη αποδεδειγμένα μετά την έναρξη ισχύος της ασφάλισης και την καταβολή του πρώτου ασφαλίστρου.

1.13. **Περίοδος Αναμονής**: Περίοδος που ξεκινά την ημερομηνία ενάρξεως ισχύος τους ασφαλιστήριου και λήγει μετά τον αριθμό των ημερών που ορίζονται σαν περίοδος αναμονής στην σχετική κάλυψη που περιέχεται εξαρχής ή προσαρτάται στο ασφαλιστήριο.

1.14. **Ασφαλιστικό Έτος**:Κάθε συνεχόμενο δωδεκάμηνο με έναρξη την ημερομηνία ενάρξεως της

ισχύος του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, όπως αυτή αναφέρεται στον Πίνακα Παροχών.

1.15. **Ο Πίνακας Παροχών**: Μια ή περισσότερες σελίδες που προσαρτώνται στο ασφαλιστήριο, αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα του και περιλαμβάνουν τον αριθμό του ασφαλιστηρίου, προσωπικά δεδομένα του Λήπτη της Ασφάλισης και του Ασφαλισμένου, την ημερομηνία ενάρξεως ισχύος τους ασφαλιστήριου, το Ασφαλιστικό Ποσό (ανώτατο όριο ευθύνης του Ασφαλιστή), το ασφάλιστρο κ.λπ.

1.16. **Ασφαλιστικό ποσό**:Το ανώτατο όριο ευθύνης του ασφαλιστή (ασφαλιστικό ποσό), το οποίο ορίζεται σαφώς στους όρους του ασφαλιστηρίου και σε κάθε κάλυψη, και προσαρτάται στο ασφαλιστήριο, και στον Πίνακα Παροχών.

1.17. **Ελλάς**: Η Ελληνική επικράτεια.
1.18. **Εξωτερικό**: Οποιαδήποτε χώρα εκτός Ελλάδος.

1.19. **Λογικές και συνήθεις χρεώσεις:** Οι χρεώσεις που συνάδουν με το εκάστοτε γενικό επίπεδο τιμών και δεν υπερβαίνουν την αντίστοιχη χρέωση άλλων παροχέων ιατρικών υπηρεσιών του ιδίου επιπέδου για παρόμοια ή συγκρίσιμη θεραπεία ή υπηρεσίες και για παρόμοια αιτία συνεπεία ασθένειας ή ατυχήματος.

1.20. **Νοσοκομείο**: Οποιοδήποτε δημόσιο ή ιδιωτικό νοσηλευτικό ίδρυμα ή κλινική, με νόμιμη άδεια, που λειτουργεί 24 ώρες την ημέρα και 7 ημέρες την εβδομάδα, και διαθέτει πλήρη νοσοκομειακή υποδομή και μόνιμο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Για την εφαρμογή του παρόντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου τα παρακάτω δεν θεωρούνται νοσοκομεία: κέντρα αποκατάστασης για χρήστες ναρκωτικών και αλκοολικούς, ψυχιατρικές ή νευρολογικές κλινικές, γηροκομεία, κέντρα ανάπαυσης, αποκατάστασης υγείας και κίνησης, καθώς και οποιοδήποτε νοσοκομειακό ίδρυμα ή χώρος όπου εξασκείται μη αναγνωρισμένη ιατρική πρακτική όπως βελονισμός, γιόγκα, ομοιοπαθητικές θεραπείες κ.λπ. ακόμη και αν χαρακτηρίζονται σαν νοσοκομεία ή κλινικές από Δημόσια ή Ιδιωτικά όργανα.

1.21. **Συμβεβλημένο Νοσοκομειακό Ίδρυμα:** Το νοσηλευτικό ίδρυμα που συνεργάζεται με τον Ασφαλιστή (Εταιρεία) μέσω Διαχειριστικής Εταιρείας Ασφαλίσεων Περίθαλψης με την οποία ο Ασφαλιστής (Εταιρεία) έχει υπογράψει ειδική συμφωνία. Ο Ασφαλιστής (Εταιρεία) διατηρεί το δικαίωμα να τροποποιεί τον πίνακα των συμβεβλημένων νοσοκομειακών ιδρυμάτων, με την προσθήκη ή αφαίρεση νοσηλευτικών ιδρυμάτων, ανάλογα με τη συμφωνία που έχει με την άνω Διαχειριστική Εταιρεία. Ο εκάστοτε ισχύον πίνακας των συμβεβλημένων νοσοκομείων είναι στη διάθεση του Ασφαλισμένου μέσω του 24ωρου τηλεφωνικού κέντρου της εταιρείας καθώς και μέσω του διαδικτύου στην ιστοσελίδα της εταιρείας www.interasco.gr, ενώ μπορεί να του παραδίδεται και εντύπως εφόσον τον ζητήσει.

1.22. **Μη Συμβεβλημένο Νοσοκομείο Ίδρυμα**: Οποιοδήποτε νοσοκομείο σύμφωνα με το 1.20 ανωτέρω, το οποίο δεν συνεργάζεται με τον Ασφαλιστή (Εταιρεία) μέσω Διαχειριστικής Εταιρείας Ασφαλίσεων Περίθαλψης με την οποία ο Ασφαλιστής (Εταιρεία) έχει υπογράψει ειδική σύμβαση.(σύμφωνα με 1.21 ανωτέρω)

1.23. **Χειρουργική επέμβαση**: Οποιαδήποτε επίσημα αναγνωρισμένη ιατρική, παρεμβατική διαδικασία με την οποία διαπεράται ο ιστός σε συνθήκες χειρουργείου και σκοπός της είναι η θεραπεία ασθένειας ή τραύματος ή/και η διόρθωση ελαττώματος του οργανισμού του Ασφαλισμένου.
Κατ' επέκταση του παραπάνω ορισμού θα θεωρούνται χειρουργικές επεμβάσεις και οι παρακάτω παρεμβατικές διαδικασίες: Ιατρικές παρεμβάσεις που γίνονται με χρήση LASER, όπως και Διαγνωστικές εξετάσεις εσωτερικών οργάνων που γίνονται με χρήση ενδοσκοπίου, καθετηριασμό ή αγγειογραφία και τέλος η Σύνθλιψη λίθων χολής ή νεφρών με χρήση υπερήχων.

1.24. **ΣυμβεβλημένοςΧειρουργός:** Οποιοσδήποτε γιατρός χειρουργός, ο οποίος συνεργάζεται με τον Ασφαλιστή (Εταιρεία) μέσω Διαχειριστικής Εταιρείας Ασφαλίσεων Περίθαλψης με την οποία ο Ασφαλιστής (Εταιρεία) έχει υπογράψει ειδική σύμβαση ή παρέχει τις υπηρεσίες του σύμφωνα με Ειδικό όρο προσαρτημένο στο παρόν.

1.25. **Μη συμβεβλημένος Χειρουργός**: Οποιοσδήποτε γιατρός χειρουργός που φέρει έγκυρη άδεια ασκήσεως επαγγέλματος και είναι μέλος του οικείου ιατρικού συλλόγου, ο οποίος δεν συνεργάζεται με τον Ασφαλιστή (Εταιρεία) μέσω Διαχειριστικής Εταιρείας Ασφαλίσεων Περίθαλψης με την οποία ο Ασφαλιστής (Εταιρεία) έχει υπογράψει ειδική σύμβαση.

1.26. **Αναισθησιολόγος:** Γιατρός που έχει την εξουσιοδότηση και σχετική άδεια από τις αρμόδιες αρχές της Ελλάδος ή του εξωτερικού να ασκεί την ειδικότητα του αναισθησιολόγου.

1.27. **Νοσηλευτής/Νοσηλεύτρια**: Άτομο παροχέας νοσηλευτικών –υγειονομικών υπηρεσιών που κατέχει τα προβλεπόμενα από τον Νόμο προσόντα και σχετική άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, για την άσκηση της νοσηλευτικής.

1.28. **Ποσό απαλλαγής** (ή Απαλλαγή): Το ποσό (μέρος του συνόλου των αναγνωριζομένων δαπανών) το οποίο μετά την επέλευση κάθε ασφαλιστικής περίπτωσης, βαρύνει τον ασφαλισμένο. Η ευθύνη συμμετοχής της Εταιρείας στις αναγνωριζόμενες δαπάνες περιορίζεται στο ποσό των δαπανών που ξεπερνούν το ποσό απαλλαγής.

1.29. **Συνασφάλιση**: Το ποσοστό όπως ορίζεται στον Πίνακα Παροχών, σύμφωνα με το οποίο ο Ασφαλισμένος συμμετέχει στις συνολικές αναγνωριζόμενες δαπάνες κάθε ασφαλιστικής περίπτωσης μετά την αφαίρεση του ως άνω ποσού απαλλαγής (1.28).

1.30. **Αναγνωριζόμενα έξοδα (δαπάνες)**: Όλα τα έξοδα περίθαλψης του Ασφαλισμένου τα οποία καλύπτονται σύμφωνα με τους όρους του

Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου αφού έχει αφαιρεθεί αρχικά οποιαδήποτε ποσό απαλλαγής, και κατόπιν οποιαδήποτε συμμετοχή, όπως αυτές ορίζονται στον Πίνακα Παροχών.

1.31. **Μόσχευμα**: Οποιοδήποτε ανθρώπινο όργανο, ιστός ή τμήμα οργάνου ή που αποκτάται σύμφωνα με τους ηθικούς κανόνες και τους νόμους που ισχύουν στην Ελλάδα ή οποιοδήποτε τεχνητό όργανο ή ιστός που τοποθετείται στο σώμα του Ασφαλισμένου κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης, η οποία καλύπτεται από το ασφαλιστήριο αυτό (όπως ενδεικτικά: οφθαλμικός φακός, άρθρωση ισχίου κ.λπ.) εξαιρουμένων των οδοντοστοιχιών και οδοντικών εμφυτευμάτων.

1.32. **Εξαίρεση λόγω προηγούμενου ιατρικού ιστορικού**: Πρόκειται για γενική εξαίρεση στο ασφαλιστήριο, σύμφωνα με την οποία η Εταιρεία απαλλάσσεται από την ευθύνη αποζημίωσης της ασφαλιστικής περίπτωσης, της οποίας η αιτία είναι η αναμενόμενη επιστημονικά, εξέλιξη προϋπάρχουσας κατάστασης της υγείας του ασφαλισμένου. Μια προϋπάρχουσα κατάσταση υγείας, μπορεί να καλυφθεί μόνο, εάν ο Ασφαλισμένος έχει δηλώσει με σαφήνεια την/τις κατάσταση/σεις αυτή/ές, στο ιατρικό ερωτηματολόγιο της πρότασης ασφαλίσεως και η Εταιρεία μετά από αξιολόγηση, αποφάσισε την ασφαλιστική του κάλυψη χωρίς την επιβολή εξαιρέσεων αναφορικά με την συγκεκριμένη κατάσταση.

1.33. **Πρόσθετο Ασφάλιστρο (Επασφάλιστρο):** Στην περίπτωση προϋπάρχουσας επιβαρημένης κατάστασης της υγείας του Ασφαλισμένου, που προϋπήρχε της ημερομηνίας έναρξης ισχύος τους ασφαλιστήριου, ο Ασφαλιστής (Εταιρεία) μπορεί να απαιτήσει πρόσθετο ασφάλιστρο προκειμένου να αναλάβει τον επιπλέον ασφαλιστικό κίνδυνο. Προς τούτο, διατυπώνει και προσαρτά στο Ασφαλιστήριο συμβόλαιο, τον σχετικό Ειδικό Όρο με τον οποίο περιγράφει και ορίζει την ασφαλιστική της υποχρέωση.

1.34. **Θέση Νοσηλείας**: Η κατηγορία θέσης νοσηλείας που έχει επιλέξει ο ασφαλισμένος και η οποία αναγράφεται στον Πίνακα Παροχών .Για την εφαρμογή της ασφάλισης αυτής υπάρχουν 3 θέσεις:
Θέση Lux: Δωμάτιο πολυτελείας (λουξ) με επιπλέον ανέσεις και παροχές από το μονόκλινο δωμάτιο. Η τιμή είναι ανώτερη από αυτή του μονόκλινου δωματίου του ίδιου νοσοκομείου.
Α Θέση: Μονόκλινο δωμάτιο ή δωμάτιο όπου ο Ασφαλισμένος περιθάλπεται και χρεώνεται σαν μονόκλινο.
Β Θέση: Δίκλινο δωμάτιο ή δωμάτιο όπου δυο (2) άτομα περιθάλπτονται και χρεώνεται σαν δίκλινο.
Η Θέση Λουξ ορίζεται σαν η ανώτατη και η Β σαν η κατώτατη.

1.35. **Νοσοκομειακές Δαπάνες:** Το ποσό, το οποίο χρεώνει το νοσοκομείο για παραμονή και περίθαλψη του Ασφαλισμένου. Η χρέωση περιλαμβάνει:

α) Τις δαπάνες παραμονής στο νοσοκομείο, δηλαδή, το δωμάτιο και τη τροφή ή/και τη νοσηλεία σε εξειδικευμένη μονάδα νοσηλείας .
β) Το κόστος των ιατρικών υλικών και υπηρεσιών, δηλαδή, φάρμακα, ιατρικά υλικά, χρήση του χειρουργείου και ιατρικού εξοπλισμού.
γ) Αμοιβή του χειρουργού και του αναισθησιολόγου: Περιλαμβάνει: Ι) την αμοιβή του χειρουργού για την επέμβαση και την παρακολούθηση μέσα στο νοσοκομείο, ΙΙ) την αμοιβή του αναισθησιολόγου για την αναισθησία που απαιτείται για την επέμβαση ή την εξέταση.
δ) Το κόστος των διαγνωστικών εξετάσεων που θεωρούνται, από επιστημονικής απόψεως, αναγκαίες για το συγκεκριμένο περιστατικό και το κόστος της ερμηνείας τους από ειδικό, εφόσον οι εξετάσεις αυτές δεν μπορούσαν να είχαν γίνει πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο ή αποτελούν μέρους του προβλεπόμενου κατά περίπτωση, προεγχειρητικού ελέγχου.

1.36. **Νοσοκομειακή Περίθαλψη**: Είναι η παραμονή στο νοσοκομείο λόγω προβλημάτων υγείας, που δεν περιλαμβάνονται στις γενικές και ειδικές εξαιρέσεις και για τα οποία ο Ασφαλισμένος απαιτείται να εισαχθεί στο νοσοκομείο διότι δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπισθούν εκτός νοσοκομειακής κλίνης (πχ. στο σπίτι, σε ιατρεία) και για τα οποία έχει τεκμηριωθεί επαρκώς η ιατρική αναγκαιότητα της εισαγωγής. Η αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων υγείας θα πρέπει να απαιτεί χειρουργική αντιμετώπιση ή άμεση ιατρική παρέμβαση, που δεν μπορεί να γίνει σε άλλο περιβάλλον πλην του νοσοκομείου. Η συστηματική παρακολούθηση (μέτρηση και έλεγχος των ζωτικών παραμέτρων) του ασθενούς θα αποδεικνύεται από τον φάκελο νοσηλείας, η τα αντίστοιχα νοσηλευτικά έντυπα. Στην περίπτωση που η παραμονή στο νοσοκομείο για λόγους παρακολούθησης, είναι άνω των 24 ωρών ο Ασφαλισμένος θα πρέπει να έχει την έγκριση της Εταιρείας.

1.37. Για την εισαγωγή του Ασφαλισμένου στο νοσοκομείο απαιτείται να έχει προηγηθεί – και εφόσον η κατάσταση υγείας του ασφαλισμένου το επιτρέπει, ένας ικανοποιητικός έλεγχος του προβλήματος του, στη μονάδα επειγόντων περιστατικών ή στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου (ιατρικό ιστορικό, έκθεση γνωμάτευσης ιατρών, ειδική φόρμα παραπομπής ιατρού).

1.38. **Προ-Νοσοκομειακές και μετανοσοκομεια-κές Δαπάνες**

α. Προ-Νοσοκομειακές Δαπάνες: Είναι οι δαπάνες για τις διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις και η αμοιβή των ειδικών γιατρών, με βάση τα αποτελέσματα των οποίων, απεδείχθη η ανάγκη για τον Ασφαλισμένο να εισαχθεί στο νοσοκομείο.
β. Μετα-Νοσοκομειακές Δαπάνες: Είναι οι δαπάνες που κρίνονται αναγκαίες από το νοσοκομείο για την μετα-νοσοκομειακή περίθαλψη του Ασφαλισμένου, που έχει ήδη παρασχεθεί στο νοσοκομείο και στοχεύουν στην πλήρη ανάρρωσή του. Περιοριστικά ανήκουν στις ακόλουθες κατηγορίες δαπανών :
Φάρμακα

Αμοιβή ειδικού ιατρού
Δαπάνες για κινησιοθεραπεία
Δαπάνες για συμπληρωματικές διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις που στοχεύουν στον έλεγχο της πορείας της ανάρρωσης από τον θεράποντα ιατρό.

1.39. **Ταξινόμηση χειρουργικών επεμβάσεων**

Οι χειρουργικές επεμβάσεις ταξινομούνται σύμφωνα με την βαρύτητα τους όπως αυτή ορίζεται στον αντίστοιχο πίνακα της Εταιρείας. Ο πίνακας της ταξινομήσεως των χειρουργικών επεμβάσεων θα αναθεωρείται σε τακτική βάση σύμφωνα με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης.
Η ταξινόμηση περιλαμβάνει τις παρακάτω 6 ομάδες επεμβάσεων:
(1)Εξαιρετικά Βαρείες (2) Βαρείες (3) Μεγάλες (4) Μεσαίες (5) Μικρές (6) Πολύ Μικρές.

2. Ισχύς του Ασφαλιστηρίου

Το παρόν ασφαλιστήριο τίθεται σε ισχύ από την ημερομηνία έναρξης της ασφάλισης, όπως ορίζεται σαφώς στον Πίνακα Παροχών, αφού έχει καταβληθεί η πρώτη δόση των ασφαλίστρων και με τον όρο ότι από την ημέρα της υποβολής της προτάσεως στην Εταιρεία και μέχρι την ημερομηνία ενάρξεως της περιόδου του ασφαλιστήριου δεν έχει αλλάξει η κατάσταση της υγείας του Ασφαλισμένου. Εάν έχουν καταβληθεί χρήματα στην Εταιρεία έναντι των ασφαλίστρων (ως προκαταβολή), πριν την αποδοχή του κινδύνου και την έκδοση του ασφαλιστηρίου, η πληρωμή αυτή δεν μπορεί να θεωρηθεί σαν συμφωνία εκ μέρους της Εταιρείας για την ανάληψη οποιασδήποτε υποχρέωσης **.**

3. Περίπτωση αναληθών – ή ελλειπών δηλώσεων

3.1 Εάν σε σημαντική ερώτηση της Πρότασης Ασφάλισης, η απάντηση της οποίας επηρεάζει ουσιαστικά την ασφαλισημότητα του Υποψήφιου προς Ασφάλιση, δόθηκε ελλιπής ή ψευδής απάντηση από τον Συμβαλλόμενο και/η Ασφαλισμένο, η Εταιρεία δικαιούται να ακυρώσει την ασφάλιση εντός 30 ημερών από τη στιγμή που έλαβε γνώση του συμβάντος, αποστέλλοντας γραπτή ειδοποίηση στον Ασφαλισμένο.

3.2 Εάν η Εταιρεία ακυρώσει την ασφάλιση σύμφωνα με το παρόν θα επιστρέψει στον Ασφαλισμένο τα μη δεδουλευμένα ασφάλιστρα που έχουν καταβληθεί για την περίοδο μετά την ημερομηνία ακύρωσης και μέχρι τη λήξη του τρέχοντος Ασφαλιστικού έτους, μείον τα έξοδα της Εταιρείας, εκτός εάν ο Ασφαλισμένος αποδεδειγμένα, έδρασε δολίως, οπότε ουδέν ποσό επιστρέφεται.

4. Γενικές Εξαιρέσεις

Η Εταιρεία δεν ευθύνεται για μερική ή ολική πληρωμή ασφαλιστικής αποζημίωσης, για συμβάντα που εμπίπτουν στις παρακάτω περιπτώσεις:

4.1 Το ασφαλιστικό συμβάν συνέβη πριν την ημερομηνία ενάρξεως ισχύος τους ασφαλιστήριου.

4.2 Το ασφαλιστικό συμβάν συνέβη κατά την περίοδο αναμονής του συμβολαίου.
4.3 Προϋπάρχουσες καταστάσεις: Οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας το οποίο υπήρχε, εκδηλώθηκε, ή συνέβη στον Ασφαλισμένο, πριν την ημερομηνία έναρξης ισχύος του ασφαλιστήριου. Προϋπάρχουσα κατάσταση που δηλώνεται στην Αίτηση Ασφάλισης, εναπόκειται στην αιτιολογημένη κρίση της Εταιρείας προκειμένου να εξαιρεθεί της κάλυψης ή να γίνει αποδεκτή με διατύπωση σχετικού Ειδικού Όρου.
Κάθε μη δηλωθείσα προϋπάρχουσα κατάσταση σύμφωνα με τα ανωτέρω υπό 4.3 απαλλάσσει τον Ασφαλιστή από την υποχρέωση καταβολής αποζημίωσης και επιπρόσθετα είναι πιθανόν να αποτελέσει αιτία ακύρωσης του παρόντος συμβολαίου.

4.4 Το ασφαλιστικό συμβάν συνέβη μετά τη λήξη ισχύος του ασφαλιστήριου.
4.5 Αυτοκτονία ή απόπειρα αυτοκτονίας, αυτοτραυματισμός από πρόθεση, αλκοολισμός, αποδεδειγμένη κατάσταση μέθης, χρήση ναρκωτικών, πλην της χρήσης ιατρικών ναρκωτικών φαρμάκων μετά από έγγραφη εντολή και οδηγίες ιατρού.

4.6 Hang-gliding (πτήση με ανεμόπτερο), para-gliding (πτήση με παραπέντε), πτώσεις με αλεξίπτωτο, καταδύσεις, σκι, πτήσεις με οποιοδήποτε αεροπλάνο, εκτός αυτών της πολιτικής αεροπορίας με άδεια μεταφοράς επιβατών.

4.7 AIDS ή Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας. Ο όρος περιλαμβάνει κάθε έρευνα, εξέταση, ή θεραπεία, η οποία άμεσα ή έμμεσα είναι αποτέλεσμα ή σχετίζεται με:
-Μολυσματική ασθένεια που περιλαμβάνει θετική ορολογική αντίδραση στον ιό της Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας (H.I.V.)
-οποιαδήποτε κατάσταση ή σύνδρομο ή ασθένεια απορρέει άμεσα ή έμμεσα από τέτοια μόλυνση ή σύνδρομο..

4.8 Ασφαλιστικό συμβάν που οφείλεται σε συμμετοχή του ασφαλισμένου σε τρομοκρατικές επιθέσεις, εχθρική εισβολή, πόλεμο ή εμφύλιο πόλεμο, επαναστάσεις και πολιτικές ταραχές. Ασφαλιστικό συμβάν που συνέβη κατά το χρονικό διάστημα όπου ο ασφαλισμένος υπηρετεί ως έφεδρος ή εν ενεργεία στρατιώτης ή ως μόνιμος στρατιωτικός κατά τη διάρκεια ασκήσεων και επιχειρησιακών δραστηριοτήτων .

4.9 Κύηση, τοκετός και επιπλοκές κυήσεως ή τοκετού, καθώς και οποιαδήποτε θεραπεία υπογονιμότητας ή επέμβαση στείρωσης.

4.10 Εκ γενετής ελάττωμα ή νόσος για τα δύο (2) πρώτα έτη συνεχούς ασφάλισης. Από το τρίτο (3ο) έτος καλύπτονται συγγενείς παθήσεις που δεν ήταν γνωστές στον ασφαλισμένο και ανήκουν στις ακόλουθες κατηγορίες με ανώτατο ασφαλιστικό ποσό (κεφάλαιο) 400.000 ευρώ για όλη την διάρκεια του συμβολαίου:

4.10.1

Συγγενείς ανωμαλίες του οφθαλμού, του ωτός, του προσώπου και του τραχήλου
Συγγενείς ανωμαλίες της διάπλασης του αναπνευστικού συστήματος
Άλλες συγγενείς ανωμαλίες του πεπτικού συστήματος
Συγγενείς διαμαρτίες της διάπλασης των γεννητικών οργάνων
Συγγενείς ανωμαλίες του ουροποιητικού συστήματος

4.10.2 Από το πέμπτο (5ο) έτος συνεχούς ασφάλισης καλύπτονται όλες οι κατηγορίες συγγενών παθήσεων που δεν ήταν γνωστές στον ασφαλισμένο πριν την ημερομηνία έναρξης ισχύος του ασφαλιστηρίου, με ανώτατο ασφαλιστικό ποσό (κεφάλαιο) 400.000 ευρώ για όλη την διάρκεια του συμβολαίου.

4.11 Ασφαλιστικά συμβάντα οφειλόμενα σε πανδημία, χημική μόλυνση, μόλυνση από πυρηνική ενέργεια, ραδιενέργεια κλπ.

4.12 Ψυχιατρικές-διανοητικές διαταραχές ή/και ασθένειες ή/και σχετικές θεραπευτικές παρεμβάσεις.

4.13 Προληπτικοί Έλεγχοι υγείας ρουτίνας, (check-up)

4.14 Πειραματικές, μη αναγνωρισμένες θεραπείες και φαρμακευτικές αγωγές που δεν είναι αποδεκτές από την επίσημη σύγχρονη ιατρική.

4.15 Χειρουργεία ή θεραπείες που έχουν άμεση ή έμμεση σχέση με καλλωπισμό ή αισθητική, συμπεριλαμβανομένων επεμβάσεων για τη διόρθωση διαθλαστικών ανωμαλιών (οι διαθλαστικές επεμβάσεις καλύπτονται κατά παρέκκλιση, βάσει της παραγράφου 14 των ειδικών όρων του παρόντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου). Εξαιρούνται οι επεμβάσεις για την ανακατασκευή στήθους μετά από μαστεκτομή, λόγω καρκίνου του μαστού. Στην περίπτωση εγκαυμάτων και ουλών στο πρόσωπο λόγω ατυχήματος, η αισθητική χειρουργική ή/και θεραπείες θα καλυφθούν, εάν το ατύχημα συνέβη εντός της περιόδου ισχύος αυτού του ασφαλιστήριου.

4.16 Διαγνωστικές εξετάσεις και ιατρικές πράξεις, που δεν έχουν σχέση με την αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο.

`4.17 Κόστος φαρμάκων εκτός από αυτά που παρέχονται κατά την διάρκεια της νοσηλείας, καθώς και αυτών που τυχόν καλύπτονται από την παροχή «Μετα-νοσοκομειακές δαπάνες», σύμφωνα με το παρόν ασφαλιστήριο.

4.18 Χειρουργική οδόντων και ούλων, εκτός εάν η κατάσταση οφείλεται σε ατύχημα το οποίο καλύπτεται από το παρόν ασφαλιστήριο.

4.19 Νοσογόνος παχυσαρκία – ιατρικές παρεμβάσεις που έχουν σχέση με την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας εξαιρούνται, πλην των περιπτώσεων στις οποίες ο ΔΜΣ (Δείκτης Μάζας Σώματος) είναι άνω του 50 ή άνω του 40 και συνυπάρχουν αποδεδειγμένα παθήσεις ή κίνδυνος παθήσεων σε άλλο σύστημα του οργανισμού, που έχουν προκληθεί από την παχυσαρκία. Ο Ασφαλισμένος πρέπει να έχει τουλάχιστον μια αποδεδειγμένη ανεπιτυχή προσπάθεια απώλειας βάρους, χωρίς ιατρική παρέμβαση, που να αποδεικνύεται με έγγραφο εγκεκριμένου ιδρύματος.

5. Ασφαλιστική Αποζημίωση

5.1 Η Εταιρεία μπορεί, σύμφωνα με τη διακριτική της ευχέρεια, να καταβάλει την προβλεπόμενη από τους όρους του Ασφαλιστηρίου, αποζημίωση ή τμήμα αυτής κατευθείαν στο Συμβεβλημένο Νοσηλευτικό Ίδρυμα / Ιατρό, ή να πληρώσει τον Ασφαλισμένο έναντι πρωτότυπων αποδείξεων.

5.2 Η προβλεπόμενη από τους όρους, ασφαλιστική αποζημίωση σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα / ιατρό εκτός των συνόρων της Ελλάδος θα καταβληθεί στο νόμισμα της χώρας στην οποία έγιναν οι σχετικές δαπάνες με τον όρο ότι η Εταιρεία θα λάβει άδεια εξαγωγής συναλλάγματος εάν αυτό είναι αναγκαίο.

5.3 Σε περίπτωση θανάτου του Ασφαλισμένου η Εταιρεία θα καταβάλει το υπόλοιπο της προβλεπόμενης από τους όρους, αποζημίωσης στο Συμβεβλημένο Νοσηλευτικό Ίδρυμα/ Ιατρό στο οποίο έχει δεσμευθεί για την πληρωμή. Σε περίπτωση απουσίας δέσμευσης προς τον παροχέα των υπηρεσιών ή εάν παραμένει υπόλοιπο, αφού έχει γίνει η πληρωμή σύμφωνα με την ανωτέρω δέσμευση, η Εταιρεία θα καταβάλει το σχετικό ποσό στους νόμιμους κληρονόμους σύμφωνα με τις διατάξεις περί κληρονομικής διαδοχής, εφόσον προσκομισθούν τα προβλεπόμενα από το Νόμο δικαιολογητικά.

5.4 Ο Ασφαλισμένος δεν δικαιούται αποζημιώσεως πέραν του ανώτατου οριζόμενου στο παρόν Ασφαλιστήριο, ορίου ευθύνης του Ασφαλιστή (Ασφαλιστικό Ποσό).

5.5 Εάν ο Ασφαλισμένος δικαιούται συνολική ή τμηματική κάλυψη των δαπανών της αποζημίωσης που αναγνωρίζεται από το παρόν ασφαλιστήριο, και από άλλο ασφαλιστήριο άλλης ασφαλιστικής Εταιρείας, η Εταιρεία θα καταβάλει το δικό της σχετικό μερίδιο των αναγνωριζομένων δαπανών, σύμφωνα με

το εύρος και την αναλογία της κάλυψης που δικαιούται ο Ασφαλισμένος από όλους του ασφαλιστές.

5.6 Εάν ο Ασφαλισμένος διαμένει στο εξωτερικό (εκτός της Ευρώπης) για διάστημα μεγαλύτερο των εξήντα (60) ημερών, η Εταιρεία θα αποζημιώσει ασφαλιστική περίπτωση, εάν αυτή αποδεδειγμένα επήλθε εντός των πρώτων 60 ημερών από την αναχώρησή του ασφαλιζομένου από την Ελλάδα.

5.7 Η Εταιρεία δεν υποχρεούται στην καταβολή αποζημίωσης για ασφαλιστική περίπτωση, η οποία επήλθε κατά την διάρκεια που ο Ασφαλισμένος/Συμβαλλόμενος βρεθεί σε χώρα (συμπερι-λαμβανομένης της Ελλάδας) όπου υπάρχει πόλεμος (κηρυγμένος ή ακήρυκτος) , εισβολή, ή επανάσταση.

6. Αποζημιώσεις

Η Εταιρεία θα καταβάλει την αποζημίωση που προβλέπεται από το παρόν ασφαλιστήριο στον Ασφαλισμένο, ή απευθείας στο Συμβεβλημένο Νοσηλευτικό Ίδρυμα / ιατρό, εάν πληρούνται και συνομολογούνται όλες οι παρακάτω προϋποθέσεις:

6.1 Ο Ασφαλισμένος έχει πληροφορήσει την Εταιρεία εκ των προτέρων για την επέλευση της ασφαλιστικής περίπτωσης προκειμένου να έχει τη δυνατότητα ελέγχου. Για επείγοντα ιατρικά περιστατικά όπου, ο Ασφαλισμένος δεν μπορούσε να πληροφορήσει την Εταιρεία εκ των προτέρων, η Εταιρεία θα καταβάλει την αποζημίωση, αφού αποσαφηνίσει και επιβεβαιώσει την ευθύνη της βάσει των όρων του Ασφαλιστηρίου.

6.2 Ο Ασφαλισμένος έχει ενυπογράφως δώσει στην Εταιρεία δικαίωμα πρόσβασης και ελέγχου ιατρικού ιστορικού και λοιπών ιατρικών δεδομένων (άρση ιατρικού απορρήτου και προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα) και έχει παραδώσει στην Εταιρεία όλες τις λεπτομέρειες και τα πρωτότυπα ιατρικά έγγραφα που η Εταιρεία θα απαιτήσει προκειμένου να αποσαφηνίσει την ευθύνη της.

6.3 Ο Ασφαλισμένος έχει υποβάλλει στην Εταιρεία τις πρωτότυπες αποδείξεις (καθώς και τις εξοφλητικές) που επιβεβαιώνουν ότι πραγματικά έχει υποβληθεί στις αντίστοιχες δαπάνες.

6.4 Η Εταιρεία μπορεί να διεξάγει έρευνα, με δικές της δαπάνες και να αναθέσει σε συνεργαζόμενους ιατρούς της ή ιατρούς της Διαχειριστικής Εταιρείας Ασφαλίσεων Περίθαλψης να εξετάσουν τον Ασφαλισμένο και να αξιολογήσουν στοιχεία που αναφέρονται στο προηγούμενο ιατρικό ιστορικό του.

6.5 Η Εταιρεία δεν φέρει ευθύνη για την ποιότητα των ιατρικών και/ή άλλων υπηρεσιών που παρασχέθηκαν στον Ασφαλισμένο στο πλαίσιο του παρόντος ασφαλιστήριου. Η Εταιρεία δεν φέρει ευθύνη για οποιαδήποτε, άμεση ή έμμεση, απώλεια του Ασφαλισμένου ή/και οποιουδήποτε άλλου προσώπου, η οποία οφείλεται στην επιλογή του Ασφαλισμένου ή/και είναι αποτέλεσμα της παραπομπής από την Εταιρεία σε παροχείς ιατρικών ή/και άλλων υπηρεσιών ή/και το αποτέλεσμα κάποιας παράλειψης των ανωτέρω παροχέων.

7 . Διάρκεια του ασφαλιστηρίου

7.1 Ανανέωση του ασφαλιστηρίου

7.1 Ανανέωση του ασφαλιστηρίου

Α. Η διάρκεια του παρόντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου είναι ετήσια με ημερομηνία έναρξης αυτή που φαίνεται στον Πίνακα Παροχών και με δυνατότητα ανανέωσης κάθε χρόνο για περίοδο 12 μηνών.
Η ανανέωση θα γίνεται πάντα σύμφωνα με τους όρους και την κάλυψη που έχει επιλέξει ο Λήπτης της Ασφάλισης, και σύμφωνα με τα αντίστοιχα ασφάλιστρα που θα ισχύουν κατά τη διάρκεια κάθε περιόδου (ανανέωση) και τα οποία θα υπολογίζονται σύμφωνα με τις παραγράφους 10 και 11 του παρόντος.
Η Εταιρεία θα ανανεώσει το παρόν συμβόλαιο με τους ίδιους όρους και παροχές εφόσον:

1. Η πληρωμή των ασφαλίστρων πραγματοποιείται εμπρόθεσμα και σύμφωνα με τον τρόπο καταβολής ασφαλίστρων που αναφέρεται στην σελίδα παροχών του ασφαλιστηρίου ή σε σχετική πρόσθετη πράξη.
2. Η μη έγκαιρη πληρωμή των νέων ασφαλίστρων δίνει στην Εταιρεία το δικαίωμα να μην ανανεώσει την παρούσα κάλυψη.
3. Η εταιρεία έχει το δικαίωμα στη λήξη του ασφαλιστηρίου να σταματήσει τη διάθεση του συγκεκριμένου προγράμματος στην αγορά για το σύνολο των ασφαλισμένων. Στην περίπτωση αυτή η Εταιρία , θα διαθέτει παρεμφερές πρόγραμμα και θα γνωστοποιήσει εγγράφως στον Λήπτη της ασφάλισης /Ασφαλισμένο το είδος της ασφάλισης ,τους όρους ,τις παροχές και τα ασφάλιστρα του προγράμματος , προκειμένου να αποφασίσει ο Λήπτης της ασφάλισης / Ασφαλισμένος αν επιθυμεί να συνεχίσει την ασφάλιση με το νέο ασφαλιστικό πρόγραμμα, χωρίς έλεγχο υγείας του ασφαλισμένου.

Β. Καλύψεις που απορρέουν από τυχόν ένα ή περισσότερα Προσαρτήματα του Πίνακα Παροχών, πρόσθετες της παρούσας κύριας κάλυψης υγείας, δύναται να ανανεώνονται ή μη ανεξάρτητα από την ανανέωση αυτής της κύριας κάλυψης.

7.2 Ακύρωση του ασφαλιστηρίου

Οι ημερομηνίες έναρξης της ισχύος του ασφαλιστήριου εμφανίζονται στον πίνακα Παροχών που προσαρτάται στο παρόν ασφαλιστήριο.

7.2.1 Εκτός από όλα τα άλλα δικαιώματα που απορρέουν από το νόμο η Εταιρεία έχει το δικαίωμα να ακυρώσει το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ανά πάσα στιγμή και άμεσα στις παρακάτω περιπτώσεις:

Εάν τα οφειλόμενα ασφάλιστρα δεν καταβάλλονται σύμφωνα με το άρθρο 9 του παρόντος.

Εάν ο Λήπτης της Ασφάλισης ή ο Ασφαλισμένος έχουν προβεί σε ψευδείς δηλώσεις ή παρέλειψαν να αναφέρουν συμβάντα σχετιζόμενα με την υγεία του ασφαλισμένου, τα οποία είχαν υπόψη τους, όταν υπεγράφει η Πρόταση Ασφάλισης και τα οποία εάν γνώριζε η Εταιρεία δεν θα προχωρούσε στην ασφαλιστική κάλυψη ή θα προχωρούσε με διαφορετικούς όρους από αυτούς που περιγράφονται στο παρόν ασφαλιστήριο.

Εάν ο Λήπτης της Ασφάλισης ή ο Ασφαλισμένος αποπειράθηκαν να εξαπατήσουν ή σε συνεργασία με άλλα άτομα να καρπωθούν αποζημίωση, που δεν δικαιούνται με βάση το παρόν ασφαλιστήριο ή προσπαθήσουν να εισπράξουν αποζημίωση υψηλότερη από την οφειλόμενη ή γενικά να εξαπατήσουν την Εταιρεία, προκειμένου να εισπράξουν μη οφειλόμενα ποσά.

Εάν ο Ασφαλισμένος υπηρετεί σαν επαγγελματίας ένοπλος στις ένοπλες δυνάμεις χώρας ή οργανισμού εκτός από αυτές τις Ελλάδας.

7.2.2 Ακύρωση εκ μέρους του Λήπτη της Ασφάλισης ή/και του Ασφαλισμένου – Ο Λήπτης της Ασφάλισης ή/και ο Ασφαλισμένος μπορεί ανά πάσα στιγμή να ακυρώσει το ασφαλιστήριο δίνοντας στην Εταιρεία γραπτή ειδοποίηση. Η ακύρωση θα έχει ισχύ την πρώτη του επόμενου μήνα μετά την παραλαβή της γραπτής ειδοποίησης από την Εταιρεία.

8. Υποχρεώσεις του Ασφαλισμένου

Ο Ασφαλισμένος δεσμεύεται να παρέχει στην Εταιρεία όλα τα αποδεικτικά στοιχεία και πληροφορίες, που θα κριθούν αναγκαίες ώστε να επιβεβαιωθεί η ύπαρξη των αναγκαίων προϋποθέσεων, για την καταβολή αποζημίωσης για ασφαλιστική περίπτωση που καλύπτεται με το παρόν ασφαλιστήριο. Ο Ασφαλισμένος οφείλει να αναλάβει τις δαπάνες για τη συλλογή των στοιχείων που τεκμηριώνουν την υποχρέωση της Εταιρείας να παρέχει ασφαλιστική αποζημίωση. Η συλλογή των στοιχείων αυτών πρέπει να γίνει σύμφωνα με το νόμο και πρέπει να παρουσιαστούν τα πρωτότυπα στοιχεία (αποδεικτικά έγγραφα, αποδείξεις κ.λπ.). Στην περίπτωση που προσκομίζονται έγγραφα από το εξωτερικό, θα πρέπει να έχουν επικυρωθεί από αρμόδια τοπική προξενική αρχή και να έχουν μεταφραστεί επίσημα με δαπάνες του Ασφαλισμένου. Με την καταβολή της αποζημιώσεως όλα τα στοιχεία και τα συνοδευτικά έγγραφα που παραδίδονται στην Εταιρεία γίνονται ιδιοκτησία της.

9. Υποχρεώσεις του Λήπτη της Ασφάλισης/ Προθεσμία χάριτος

Ο Λήπτης της Ασφάλισης υποχρεούται να καταβάλει το προβλεπόμενο ασφάλιστρο στις συγκεκριμένες ημερομηνίες όπως ορίζεται στον πίνακα Παροχών.

Η Εταιρεία παρέχει στον Λήπτη της Ασφάλισης προθεσμία χάριτος για την καταβολή του ασφαλίστρου διάρκειας τριάντα (30) ημερών.

Ο Ασφαλιστής (Εταιρεία) δεν έχει την υποχρέωση να ειδοποιεί σχετικά τον Λήπτη της Ασφάλισης πριν από κάθε πληρωμή δόσης.

10. Αυτόματη αναπροσαρμογή του ετησίου ασφαλίστρου

Ο Ασφαλιστής (Εταιρεία) θα αναπροσαρμόζει τα ετήσια ασφάλιστρα του παρόντος ασφαλιστηρίου κατά την επέτειο ανανέωσης λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία του ασφαλισμένου, τους αντίστοιχους όρους, τη σχετική νομοθεσία (ως π.χ προστασία καταναλωτών) ως και τα αναφερόμενα στην παρακάτω παράγραφο 11.

11. Υπολογισμός των ετησίων ασφαλίστρων

11.1 Τα ετήσια (μικτά)ασφάλιστρα για την πρώτη ασφαλιστική περίοδο εμφανίζονται στον πίνακα Παροχών.

11.2 Τα εκάστοτε ετήσια ασφάλιστρα για την κάλυψη αυτή προσδιορίζονται αναλογιστικά και εξαρτώνται από σειρά ουσιωδών παραμέτρων, όπως π.χ.:

1. Την ηλικία του Ασφαλισμένου
2. Την σχέση μεταξύ αποζημιώσεων και ασφαλίστρων όπως διαμορφώθηκε τουλάχιστον στο προηγούμενο έτος. (δείκτης ζημιών)
3. Την αναμενόμενη αλλαγή του κόστους παροχής υπηρεσιών υγείας (συμπεριλαμβανομένου του ιατρικού πληθωρισμού και της αναβάθμισης της ιατρικής τεχνολογίας).
4. Το ύψος του ποσού απαλλαγής και του ποσοστού συνασφάλισης όπως ορίζονται στις παραγράφους 1.28 και 1.29 αντίστοιχα .

Ο Ασφαλιστής (Εταιρεία) διατηρεί το δικαίωμα της αναπροσαρμογής του ασφαλίστρου της παρούσας ασφάλισης για όλους τους Ασφαλισμένους, κατά την ημερομηνία της υπογραφής ή της ανανέωσης του ασφαλιστήριου, σε περίπτωση που τουλάχιστον ένας από τους προαναφερόμενους παράγοντες στη παρούσα παράγραφο 11, αλλάξει. Στην περίπτωση αυτή η αναπροσαρμογή θα γίνει στην έναρξη κάθε ασφαλιστικής περιόδου

11.3. Η εταιρεία θα παρέχει έκπτωση προς τον ασφαλισμένο στα μικτά ασφάλιστρα του πακέτου Family Platinum, καθόσον χρόνο ανανεώνεται το ασφαλιστήριό του κατά τα προαναφερόμενα στον όρο 7.1., από το 3ο έτος και μετά.

Η εν λόγω έκπτωση θα παρέχεται υπό τις παρακάτω προϋποθέσεις και θα υπολογίζεται επί των μικτών ασφαλίστρων, όπως θα προσδιορίζονται ετησίως σύμφωνα με τον άνω όρο 11.2. στην ανανέωση του ασφαλιστηρίου, και συγκεκριμένα, εφόσον η εταιρεία δεν καταβάλει καμία αποζημίωση στον ασφαλισμένο για τα δύο πρώτα έτη συνεχώς από την άνω κατά τον ορισμό 1.7 ημερομηνία έναρξης ισχύος του ασφαλιστηρίου, κατά την ανανέωση στο τρίτο έτος θα του παρέχει έκπτωση 5% στα μικτά ασφάλιστρα του έτους αυτού, και εφεξής έκπτωση προοδευτικά

αυξανόμενη κατά 2% ως εξής α) εφόσον και για το τρίτο έτος δεν του καταβάλλει καμία αποζημίωση, κατά την ανανέωση στο τέταρτο έτος θα του παρέχει επιπλέον έκπτωση 2%, δηλαδή συνολικά έκπτωση 7%, β) εφόσον και για το τέταρτο έτος δεν του καταβάλλει καμία αποζημίωση, κατά την ανανέωση στο πέμπτο έτος θα του παρέχει επιπλέον έκπτωση 2%, δηλαδή συνολικά έκπτωση 9%, γ) εφόσον και για το πέμπτο έτος δεν του καταβάλλει καμία αποζημίωση, κατά την ανανέωση στο έκτο έτος θα του παρέχει επιπλέον έκπτωση 2%, δηλαδή συνολικά έκπτωση 11%, δ) εφόσον και για το έκτο έτος δεν του καταβάλλει καμία αποζημίωση, κατά την ανανέωση στο έβδομο έτος θα του παρέχει επιπλέον έκπτωση 2%, δηλαδή συνολικά έκπτωση 13%, και ε) εφόσον και για το έβδομο έτος δεν του καταβάλλει καμία αποζημίωση, κατά την ανανέωση στο όγδοο έτος θα του παρέχει επιπλέον έκπτωση 2%, δηλαδή συνολικά έκπτωση 15%.

Εφόσον η εταιρεία καταβάλλει στον ασφαλισμένο οποιαδήποτε αποζημίωση για οποιοδήποτε έτος από το τρίτο έτος και μετά, τότε κατά την ανανέωση του ασφαλιστηρίου του, θα παρέχεται στον ασφαλισμένο έκπτωση χωρίς την άνω προσαύξηση του 2%, δηλαδή θα του δίδεται έκπτωση ίση με την έκπτωση που είχε λάβει κατά την ανανέωση του ασφαλιστηρίου του στο έτος για το οποίο τελικά καταβλήθηκε αποζημίωση.

Ακολουθεί ενδεικτικά πίνακας με τα ποσοστά των παρεχόμενων εκπτώσεων, επί ετήσιας ανανέωσης του ασφαλιστηρίου του ασφαλισμένου, υπό την προϋπόθεση της μη καταβολής σε αυτόν οποιασδήποτε αποζημίωσης οποτεδήποτε μετά το 3ο έτος μέχρι το 8ο έτος

ΕΤΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΡΟΣΤΙΘΕΜΕΝΗΣ ΕΚΠΤΩΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΕΚΠΤΩΣΗΣ
3ο	5%	5%
4ο	2%	7%
5ο	2%	9%
6ο	2%	11%
7ο	2%	13%
8ο	2%	15%

12. <u>Αναπροσαρμογή του ανώτατου ασφαλιστικού ποσού και του ποσού της απαλλαγής:</u>

Το ανώτατο όριο ευθύνης του Ασφαλιστή (ασφαλιστικό ποσό) θα αυξάνεται κατά 30.000 € κάθε 5 έτη από την ημερομηνία έναρξης του ασφαλιστήριου.

Ο Ασφαλιστής έχει το δικαίωμα να αναπροσαρμόσει το ποσό της απαλλαγής κατά το ίδιο τουλάχιστον, ποσοστό με αυτό της αύξησης του ανώτατου ασφαλιστικού ποσού.

13. <u>Χρεώσεις ασφαλίστρων</u>

Το ποσό του ασφαλίστρου επιβαρύνεται με τους νόμιμους φόρους, και δικαίωμα συμβολαίου όπως τούτο ορίζεται εκάστοτε από τον Ασφαλιστή. Όλοι οι φόροι, και άλλες δαπάνες επί του ασφαλίστρου, οι οποίες ισχύουν τη στιγμή πληρωμής του, θα επιβαρύνουν τον Ασφαλισμένο/Λήπτη της Ασφάλισης.

14. <u>Ιατρικές εξετάσεις</u>

Ο Ασφαλιστής (Εταιρεία) έχει το δικαίωμα, πριν και κατά τη διάρκεια της παραμονής του ασφαλισμένου στο νοσοκομείο, καθώς και μετά την έξοδό του , να ζητήσει την εξέταση του ασφαλισμένου, από συνεργαζόμενο με αυτή ιατρό. Οι σχετικές δαπάνες θα βαρύνουν την εταιρεία. Εάν ο Ασφαλισμένος / Λήπτης της Ασφάλισης αρνηθεί την ιατρική εξέταση χωρίς δικαιολογημένη αιτία ο Ασφαλιστής (Εταιρεία) δεν είναι υποχρεωμένος να καταβάλει την αποζημίωση.

15. <u>Αλλαγές</u>

15.1 Η Εταιρεία μπορεί περιοδικά, και κατά τη διάρκεια ισχύος του παρόντος ασφαλιστηρίου, να τροποποιεί τον πίνακα των Συμβεβλημένων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων με τα οποία συνεργάζεται σήμερα, κατά το οριζόμενο δικαίωμά της παραπάνω στον όρο 1.21. Ο εκάστοτε ισχύον πίνακας των συμβεβλημένων νοσοκομείων είναι στην διάθεση του Ασφαλισμένου μέσω του 24ωρου τηλεφωνικού κέντρου της εταιρείας καθώς και μέσω του διαδικτύου στην ιστοσελίδα της εταιρείας www.interasco.gr

15.2 Όλες οι δηλώσεις του Ασφαλισμένου προς την Εταιρεία που έχουν σχέση με τη σύμβαση αυτή θα πρέπει να γίνονται γραπτώς και πρέπει να αποστέλλονται στα κεντρικά γραφεία της Εταιρείας και να είναι πλήρεις και ακριβείς.

16. <u>Υποκατάσταση</u>

Με την καταβολή της ασφαλιστικής αποζημίωσης σύμφωνα με τους παρόντες όρους ο Ασφαλισμένος εκχωρεί στην εταιρεία το δικαίωμα να διεκδικήσει τα νόμιμα από κάθε τρίτο που ευθύνεται για την διαταραχή της υγείας του. Ο Συμβαλλόμενος και ο Ασφαλισμένος εκχωρούν στην Εταιρεία κάθε σχετικό, ουσιαστικό, και δικονομικό δικαίωμα. Ο Συμβαλλόμενος και ο Ασφαλισμένος μαζί θα παρέχουν στην Εταιρεία κάθε δυνατή υποστήριξη στην περίπτωση που η Εταιρία εξασκήσει το ανωτέρω δικαίωμα Υποκατάστασης.

17. <u>Ισχύουσα Νομοθεσία – Αποκλειστική Αρμοδιότητα</u>

Για οποιαδήποτε διαφορά που πιθανόν προκύψει από το παρόν ασφαλιστήριο οι συμβαλλόμενοι αναγνωρίζουν την ισχύ των νόμων του Ελληνικού Κράτους και την αποκλειστική αρμοδιότητα των Δικαστηρίων της πόλης των Αθηνών.

18. <u>Αλλαγή Νομοθεσίας</u>

Το παρόν είναι σύμφωνο και διέπεται από την νομοθεσία της Ελλάδος. Εφόσον προκύψει κάποια

διαφορά μεταξύ των όρων του Συμβολαίου αυτού και των νόμων οι οποίοι θα αποκτήσουν ισχύ μετά την ημερομηνία έναρξης του Συμβολαίου, η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα επαναδιαπραγμάτευσης των όρων του Συμβολαίου από την ημερομηνία ισχύος των νόμων αυτών.

FAMILY PLATINUM

Η Εταιρεία θα αποζημιώσει τον Ασφαλισμένο και/ή θα πληρώσει το Συμβεβλημένο Νοσηλευτικό Ίδρυμα / ιατρό για τις δαπάνες του, υπό τον όρο ότι έχουν πληρωθεί τα ασφάλιστρα όπως αναφέρονται στον Πίνακα της Ασφάλισης και σύμφωνα με τους γενικούς όρους, τα προβλεπόμενα και τις εξαιρέσεις, που αναφέρονται στην παρούσα Κάλυψη.
Προϋπόθεση για την υποχρέωση της Εταιρίας να αποζημιώσει όπως περιγράφεται στο παρόν συμβόλαιο (πίνακα) είναι η προηγούμενη επικοινωνία του Λήπτη/ Ασφαλισμένου με την εταιρία (Κέντρο Εγκρίσεων).
Η μέγιστη κάλυψη του παρόντος ασφαλιστήριου (ασφαλιστικό ποσό) είναι ένα ετήσιο ανώτατο όριο 700.000 € ανά περίπτωση.

Υπολογίζεται κοινή ετήσια απαλλαγή για το σύνολο των μελών της οικογένειας όπως αυτά αναγράφονται στις παρεκκλίσεις στο σώμα του συμβολαίου.

1. Ασφαλιστικό Συμβάν / Περίπτωση
Όλες οι ασθένειες που συνυπάρχουν και οφείλονται στις ίδιες ή συναφείς αιτίες, καθώς και όλες οι σωματικές βλάβες που οφείλονται στο ίδιο ατύχημα, θα θεωρούνται σαν ένα ασφαλιστικό συμβάν. Κάθε ασφαλιστικό συμβάν με αιτίες όμοιες ή συναφείς προς αυτές του προηγούμενου συμβάντος, θα θεωρείται ως συνέχεια του τελευταίου, εκτός εάν έχει μεσολαβήσει χρονικό διάστημα τουλάχιστον 90 ημερών από την ημερομηνία του εξιτηρίου από το νοσοκομείο και της ημερομηνίας της νέας εισαγωγής στο νοσοκομείο.

1.1. Ιατρική αναγκαιότητα περίθαλψης

Είναι οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, οι οποίες θεωρούνται κατάλληλες προκειμένου να:

- Αντιμετωπισθεί η βασική ιατρική ανάγκη του Ασφαλισμένου.
- Να παρασχεθεί η κατάλληλη ιατρική περίθαλψη με τον πλέον σωστό τρόπο και από ιατρικής απόψεως, λαμβανομένης υπόψη της ποσότητας και του κόστους των υπηρεσιών.

Για τον σκοπό αυτό θα πρέπει:

- Να είναι συνακόλουθες με τη διάγνωση της ασθένειας.
- Να είναι αναγκαίες για ιατρικούς και μόνο λόγους.
- Να αποδεικνύεται μέσω τοπικών ή διεθνών πιστοποιημένων πρωτοκόλλων, και επιστημονικής βιβλιογραφίας ότι είναι ασφαλείς και αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση των συγκεκριμένων προβλημάτων υγείας.

Η ιατρική αναγκαιότητα, όπως αυτή περιγράφεται στο παρόν ασφαλιστήριο, αναφέρεται στην κάλυψη των δαπανών που θα καταβληθούν και δεν είναι πάντα ταυτόσημη με την αυτή που θα έδινε ένας θεράπων ιατρός.

1.2 <u>Καλυπτόμενες δαπάνες</u> – η Εταιρεία θα καλύπτει περιοριστικά τις παρακάτω νοσοκομειακές δαπάνες:
Κλίνη και τροφή
Δαπάνες χειρουργικής επέμβασης
Αμοιβές Ιατρών
Φάρμακα
Ιατρικό και Υγειονομικό υλικό
Ακτινολογικές εξετάσεις
Ασθενοφόρο
Ηλεκτροκαρδιογράφημα, εγκεφαλογράφημα, κ.ά. διαγνωστικές εξετάσεις
Εργαστηριακές εξετάσεις

Όλες αυτές οι δαπάνες θα καλύπτονται μόνο στην περίπτωση που έχουν σχέση με την περίθαλψη της κυρίας κάλυψης.
Στην περίπτωση που οι δαπάνες σχετίζονται με δευτερεύουσα διάγνωση θεραπείας που καλύπτεται από το παρόν ασφαλιστήριο, τότε θα αναγνωριστούν σαν δαπάνες μόνον εάν η αντιμετώπισή τους απαιτεί την εισαγωγή σε νοσοκομείο και υπάρχουν ιατρικές αποδείξεις που θεμελιώνουν την ανάγκη αυτή.

1.3 <u>Αναγνωρισμένες δαπάνες</u>
Όλες οι εύλογες και συνήθεις δαπάνες για θεραπεία του ασφαλισμένου, που καλύπτονται σύμφωνα με τους όρους του παρόντος ασφαλιστήριου (Εισαγωγή στο νοσοκομείο, θεραπεία, καλυπτόμενες δαπάνες κ.λπ.), αφού αφαιρεθούν τα ποσά απαλλαγής και η συνασφάλιση, όπως ορίζονται στον πίνακα.

1.4 Κοινή ετήσια απαλλαγή ανά οικογένεια για την νοσοκομειακή περίθαλψη τόσο στα συμβεβλημένα και μη συμβεβλημένα νοσοκομεία εντός και εκτός Ελλάδος.
Υπολογίζεται κοινή ετήσια απαλλαγή για το σύνολο των μελών της οικογένειας όπως αυτά αναγράφονται στις παρεκκλίσεις στο σώμα του συμβολαίου.
Η Εταιρεία θα αποζημιώσει μέχρι το ποσό κάλυψης (ασφαλιστικό ποσό), αφού αφαιρεθούν τα ποσά απαλλαγής (μια φορά ανά έτος και ανά οικογένεια για το Family Platinum) και η τυχόν συνασφάλιση.

2. <u>Νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα</u>

2.1 Τόσο στα συμβεβλημένα νοσοκομεία (πληρωμή εξόδων απευθείας στο νοσηλευτικό ίδρυμα ή ιατρό), όσο και στα μη συμβεβλημένα νοσοκομεία (πληρωμή εξόδων στο ασφαλισμένο) καλύπτεται το 100% του συνόλου των αναγνωρισμένων δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης, όπως αυτές ορίζονται στο άρθρο 1.3 του παρόντος.

2.2. Αποζημίωση με χρήση άλλης ασφαλιστικής Εταιρείας/δημόσιου ταμείου αποκλειστικά για τις απαλλαγές των 0, 500 , 1000 και 1500 ευρώ

Στην περίπτωση που ο Ασφαλισμένος καταθέσει τις δαπάνες του νοσοκομείου σε άλλη Ασφαλιστική Εταιρεία ή το ασφαλιστικό του ταμείο και του καταβληθεί τουλάχιστον το 20% των εξόδων, τότε η Εταιρεία θα πληρώσει το 100% των υπόλοιπων δαπανών και μέχρι τη μέγιστη κάλυψη που ορίζεται στην παράγραφο 2.2.1. χωρίς να αφαιρεθεί τυχόν απαλλαγή ή συμμετοχή του ασφαλισμένου.
Σε περίπτωση που άλλη Ασφαλιστική Εταιρεία ή το ασφαλιστικό ταμείο του ασφαλισμένου καλύψει λιγότερο από 20% των εξόδων, τότε η
Εταιρεία θα καταβάλει το 100% της διαφοράς , μεταξύ των εξόδων και του ποσού που κατέβαλε ο άλλος φορέας, αφού αφαιρέσει την απαλλαγή μειωμένη όμως κατά το ποσό που κατέβαλε ο άλλος φορέας.
Η ανωτέρω κάλυψη δεν παρέχεται στα συμβόλαια με απαλλαγές των 3.000 και 6.000 ευρώ.

<u>3 .Νοσοκομειακή περίθαλψη εκτός Ελλάδας</u>

Τόσο στα συμβεβλημένα νοσοκομεία όσο και στα μη συμβεβλημένα νοσοκομεία του εξωτερικού καλύπτεται το 100% του συνόλου των αναγνωρισμένων Δαπανών για νοσοκομειακή περίθαλψη που θα παρασχεθεί οπουδήποτε στον κόσμο (εκτός ΗΠΑ και Καναδά) όπως αυτές ορίζονται στα άρθρα 1.19 και 1.30 των γενικών όρων του παρόντος,
Για νοσηλείες που θα πραγματοποιηθούν στις ΗΠΑ και στον Καναδά καλύπτεται το 70% του συνόλου των αναγνωρισμένων Δαπανών όπως αυτές ορίζονται στα άρθρα 1.19 και 1.30 των γενικών όρων του παρόντος με ανώτατο ασφαλιστικό ποσό (κεφάλαιο) 350.000 ευρώ, σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος ενημερώσει την εταιρεία πριν από την νοσηλεία του στις ΗΠΑ ή στον Καναδά το ποσοστό ασφαλιστικής κάλυψης αυξάνεται στο 90% του συνόλου των αναγνωρισμένων δαπανών.

Η Εταιρεία θα αποζημιώσει μέχρι το ποσό κάλυψης (ασφαλιστικό ποσό), αφού αφαιρεθούν τα ποσά απαλλαγής και η συνασφάλιση.

4. Δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη χωρίς διανυκτέρευση και χειρουργεία
Η Εταιρεία θα καλύψει τις δαπάνες χειρουργικών επεμβάσεων και πράξεων και τις δαπάνες της νοσοκομειακής περίθαλψης όπως αυτή ορίζεται στο άρθρο 1,36 (Νοσοκομειακή Περίθαλψη) , οι οποίες είναι ιατρικά αναγκαίο να γίνουν σε νοσοκομειακό περιβάλλον ακόμη και εάν δεν απαιτείται παραμονή κατά την διάρκεια της νύκτας. Για τις δαπάνες νοσηλείας χωρίς διανυκτέρευση το απαλλασσόμενο ποσό που έχει επιλέξει ο ασφαλισμένος μειώνεται κατά το ήμισυ (50%).

5.Επίδομα Τοκετού αποκλειστικά για τις απαλλαγές των 0, 500 , 1000 και 1500 ευρώ

Κατά παρέκκλιση του άρθρου 4.9 των γενικών όρων "Γενικές εξαιρέσεις", ο τοκετός (φυσιολογικός ή με καισαρική τομή) καλύπτεται με ένα εφάπαξ επίδομα, το οποίο ανέρχεται για την Lux Θέση σε τρεις χιλιάδες ευρώ (3000€) , για την Α Θέση σε δυο χιλιάδες πεντακόσια ευρώ (2500 €) και για την Β Θέση σε δύο χιλιάδες ευρώ (2000 €) . Το επίδομα δίδεται μετά από είκοσι τέσσερις (24) μήνες συνεχούς ασφάλισης από την ημερομηνία έναρξης ισχύος ή της επαναφοράς σε ισχύ του παρόντος συμβολαίου.
5.1 **Επίδομα τοκετού για την απαλλαγή των 3.000 ευρώ**
Το επίδομα τοκετού παρέχεται στα συμβόλαια με απαλλαγή των 3.000 μετά από σαράντα οκτώ (48) μήνες συνεχούς ασφάλισης από την ημερομηνία έναρξης ισχύος ή τα επαναφοράς σε ισχύ του παρόντος συμβολαίου.
5.2 Το επίδομα τοκετού **δεν παρέχεται** στα συμβόλαια με απαλλαγή των **6.000 ευρώ**.

6.Ετήσιο προληπτικό check up
Ο Ασφαλιστής (Εταιρεία) παρέχει στον ασφαλισμένο, χωρίς καμία επιβάρυνσή του και χωρίς παραπεμπτικό ιατρού , την δυνατότητα διενέργειας ετήσιου προληπτικού ελέγχου υγείας , με την απαραίτητη προϋπόθεση να έχει εξοφληθεί ολόκληρο το αντίστοιχο ετήσιο ασφάλιστρο του παρόντος συμβολαίου και μετά από 12 μήνες συνεχούς ασφάλισης από την ημερομηνία έναρξης του συμβολαίου ή την νέα έναρξη αυτού λόγω επαναφοράς του σε ισχύ, με τις παρακάτω αναφερόμενες διαγνωστικές εξετάσεις και την καρδιολογική εξέταση.
Οι οριζόμενες κατωτέρω διαγνωστικές εξετάσεις και η καρδιολογική εξέταση πραγματοποιούνται ενιαία σαν πακέτο, αποκλειστικά και μόνο σε συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα της Εταιρείας, μετά από επικοινωνία του ασφαλισμένου με το συντονιστικό κέντρο της Εταιρείας στο τηλέφωνο που αναγράφεται στην κάρτα υγείας του.

ΕΤΗΣΙΟ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟ CHECK UP ΣΕ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΚΕΝΤΡΟ		
ΑΝΔΡΕΣ (1)	**ΓΥΝΑΙΚΕΣ (2)**	**ΠΑΙΔΙΑ (3) Μέχρι 18 ετών**
Καρδιολογική εξέταση	Καρδιολογική εξέταση	Γενική Αίματος
ΗΚΓ (με διάγνωση)	ΗΚΓ (με διάγνωση)	Σάκχαρο
Γενική Αίματος	Γενική Αίματος	Χοληστερίνη
Γενική Ούρων	Γενική Ούρων	Σίδηρος
Σάκχαρο	Σάκχαρο	Ασβέστιο
Ουρία	Ουρία	
Κρεατινίνη	Κρεατινίνη	
Χοληστερίνη	Χοληστερίνη	
Τριγλυκερίδια	Τριγλυκερίδια	
HDL LDL	HDL LDL	
Ακτινογραφία θώρακος	Ακτινογραφία θώρακος	
PSA (προστατικό αντιγόνο)> 45 ετών	TEST PAP	
	Μαστογράφια >45 ετών	

7. Πρόσθετες καλύψεις και επιδόματα

7.1 Μοσχεύματα

Εάν ο Ασφαλισμένος υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση κατά τη διάρκεια της οποίας τοποθετηθεί μόσχευμα στον Ασφαλισμένο, η Εταιρεία θα καλύψει το κόστος του εμφυτεύματος αυτού, εφόσον η Ελληνική νομοθεσία προβλέπει την χρέωση του μοσχεύματος αυτού.

7.2 Αμοιβή αποκλειστικής νοσηλεύτριας/η κατά τη διάρκεια παραμονής σε νοσοκομείο

Οι δαπάνες για τις υπηρεσίες αποκλειστικής νοσηλεύτριας/η καλύπτονται, εφόσον είναι επιβεβλημένες από ιατρικής απόψεως και με δεδομένο ότι η/ο νοσηλεύτρια/ης πληροί τις νόμιμες προϋποθέσεις για την εξάσκηση του επαγγέλματος αυτού, με την εξαίρεση της περιπτώσεως άμεσου συγγενούς του ασφαλισμένου.

Ο Ασφαλισμένος θα αποζημιωθεί μέχρι το ποσό των 240 € για κάθε ημέρα παροχής των σχετικών υπηρεσιών και μέχρι 15 ημέρες (και για τις τρεις βάρδιες την ημέρα).

7.3 Επείγουσα μεταφορά

Καλύπτεται η μεταφορά του Ασφαλισμένου με αεροπλάνο ή ελικόπτερο σε περιπτώσεις σοβαρού τραυματισμού από ατύχημα ή εξαιρετικά σοβαρής διαταραχής της υγείας του και υπό την προϋπόθεση ότι η μεταφορά έχει ζητηθεί από κατάλληλο ιατρικό προσωπικό , και ότι το πλησιέστερο νοσοκομείο δεν μπορεί να παράσχει την κατάλληλη φροντίδα. Η Εταιρεία θα αποζημιώσει τον ασφαλισμένο μέχρι 8.000 € ανά περίπτωση. Η κάλυψη θα παρασχεθεί μόνο εάν ο Ασφαλισμένος ή συγγενικό του πρόσωπο επικοινωνήσει με την Εταιρεία εκ των προτέρων.

7.4 Αποζημίωση για νοσοκομειακή περίθαλψη χωρίς απαίτηση

Στην περίπτωση που ο Ασφαλισμένος εισαχθεί σε νοσοκομείο και δεν υποβάλει καμία απαίτηση στην Εταιρεία για νοσοκομειακές δαπάνες θα καταβάλλεται ημερήσιο επίδομα ως ακολούθως:

Ασφαλισμένοι που έχουν επιλέξει την :

1. Θέση Lux: επίδομα 150 € για κάθε ημέρα παραμονής στο νοσοκομείο και μέχρι 60 ημέρες.
2. Θέση Α: επίδομα 130 € για κάθε ημέρα παραμονής στο νοσοκομείο και μέχρι 60 ημέρες.
3. Θέση Β: επίδομα 110 € για κάθε ημέρα παραμονής στο νοσοκομείο και μέχρι 60 ημέρες.

7.5 Αποζημίωση για χειρουργείο χωρίς απαίτηση

Εάν πραγματοποιηθεί χειρουργική επέμβαση, για την οποία ο Ασφαλισμένος δεν υποβάλει καμία απαίτηση στην Εταιρεία τότε η εταιρία θα καταβάλει στον Ασφαλισμένο ειδική αποζημίωση, που βασίζεται στον πίνακα χειρουργικών επεμβάσεων που προσαρτάται στο παρόν ασφαλιστήριο. Το επίδομα είναι επιπλέον του επιδόματος παραμονής στο νοσοκομείο.

7.6 Δαπάνες Πριν και Μετά την περίθαλψη στο Νοσοκομείο

Οι ανωτέρω δαπάνες που αναγνωρίζονται και αποζημιώνονται από την Εταιρεία καλύπτονται ως ακολούθως:

α. Οι δαπάνες πριν την περίθαλψη σε νοσοκομείο πρέπει να αναφέρονται σε περίοδο μετά την ημερομηνία έναρξης ισχύος του ασφαλιστήριου και όχι άνω των 45 ημερών πριν την σχετική εισαγωγή στο νοσοκομείο.

β. Η ημερομηνία από την οποία θα προσμετράται το ανωτέρω όριο των 45 ημερών, είναι η ημερομηνία εισαγωγής στο νοσοκομείο και πρέπει να είναι εντός της περιόδου ισχύος της παρούσας κάλυψης.

γ. Οι δαπάνες μετά την περίθαλψη σε νοσοκομείο πρέπει να αναφέρονται σε περίοδο όχι μεγαλύτερη από δυο (2) μήνες από την ημερομηνία του εξιτηρίου .

δ. Για να καλυφθούν οι παραπάνω δαπάνες, η παραμονή του ασφαλισμένου στο νοσοκομείο πρέπει να καλύπτεται και προϋποθέτει μία διανυκτέρευση .

ε. Το συνολικό υπο-όριο των δαπανών πριν και μετά την παραμονή στο νοσοκομείο δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τα 1.000 €

8. Περίοδος αναμονής

Θα υπάρχει μια περίοδος αναμονής 90 ημερών για περίθαλψη στην Ελλάδα και αναμονή 180 ημερών στο εξωτερικό από την ημερομηνία πρώτης εγγραφής του ασφαλισμένου.

Δεν υπάρχει περίοδος αναμονής για περίθαλψη από ατύχημα.

9. Νεογνά

Τα νεογνά θα ασφαλίζονται αφού συμπληρώσουν τουλάχιστον τον 3ο μήνα της ζωής τους και αφού συμπληρωθεί ιατρικό ερωτηματολόγιο.

10. Περίθαλψη σε ανώτερη κατηγορία

Στην περίπτωση που ο Ασφαλισμένος κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο νοσηλευθεί σε ανώτερη θέση από αυτή που είχε επιλέξει και αναγράφεται στον πίνακα παροχών, θα εφαρμόζεται επιπρόσθετη συνασφάλιση αυτής που ορίζεται στον πίνακα παροχών, της τάξης του 10%, για κάθε μία υπερβάλλουσα θέση νοσηλείας, σε όλες τις νοσοκομειακές δαπάνες.

11. Νοσοκομειακή Περίθαλψη σε Δημόσιο Νοσοκομείο

Στην περίπτωση που ο Ασφαλισμένος νοσηλευθεί σε δημόσιο νοσοκομείο, η Εταιρεία θα αποζημιώσει το 100% των αναγνωρισμένων δαπανών , μέχρι το ποσό κάλυψης (ασφαλιστικό ποσό), χωρίς να αφαιρεθεί τυχόν απαλλαγή του ασφαλισμένου.

12. Κάλυψη εξόδων αποκατάστασης και αποθεραπείας

Σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος μετά από νοσηλεία σε νοσοκομείο (ιδιωτικό ή δημόσιο) για ασθένεια ή ατύχημα που καλύπτεται από το παρόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο, έχει ανάγκη παροχής υπηρεσιών αποκατάστασης και αποθεραπείας αυτές καλύπτονται στα συμβεβλημένα κέντρα αποκατάστασης της Εταιρίας και εφόσον υπάρχει Ιατρική Γνωμάτευση, πρωτότυπη, υπογεγραμμένη από τον Θεράποντα Ιατρό και θεωρημένη από τον Διευθυντή Κλινικής Κρατικού Νοσοκομείου ή Διευθυντή Ιδιωτικής Κλινικής στο οποίο νοσηλεύθηκε ο ασφαλισμένος.

Στη γνωμάτευση χρειάζεται να αναφέρονται : α) ότι το περιστατικό χρήζει κλειστής νοσηλείας σε ΚΑΑ, β) το είδος της πάθησης ή της βλάβης (διάγνωση), γ) οι συνέπειες της πάθησης ή της βλάβης, δ) ότι η πάθηση δεν έχει γίνει χρόνια, ε)το θεραπευτικό πρόγραμμα που συστήνεται και το προσδοκώμενο αποτέλεσμα της θεραπείας και στ) η χρονική διάρκεια της αποκατάστασης του.

Η κάλυψη των εξόδων αποκατάστασης και αποθεραπείας παρέχεται μια φορά κατά την διάρκεια του ασφαλιστηρίου και τις ανανεώσεις αυτού.

Η κάλυψη παρέχεται για διάστημα ενός έτους με ανώτατο ασφαλιστικό ποσό (κεφάλαιο) τις τριάντα έξι χιλιάδες (36.000) ευρώ.

Περιοριστικά το μηνιαίο ποσό κάλυψης ανέρχεται έως τρεις χιλιάδες (3.000) ευρώ ανά μήνα θεραπείας και με ανώτατο ημερήσιο νοσήλιο τα εκατό (100) ευρώ ανά ημέρα θεραπείας.

13. Αλλαγή τρόπου εφαρμογής απαλλασσόμενου ποσού για τις απαλλαγές των 1500 , 3000 και 6000 ευρώ, σε περίπτωση που δεν επιλεγεί κοινή απαλλαγή για την οικογένεια.

α) Μετά την παρέλευση δύο (2) ετών από την πρώτη ανανέωση, κατά την οποία δεν υπήρξε απαίτηση αποζημίωσης από τον ασφαλισμένο, τότε εάν ο ασφαλισμένος έχει επιλέξει κάλυψη με μια από τις απαλλαγές των 1.500 ή των 3.000 ή των 6.000 ευρώ, οι απαλλαγές αυτές θα εφαρμόζονται ετησίως και όχι ανά περίπτωση.

β) Αλλαγή τρόπου εφαρμογής απαλλασσόμενου ποσού για όλες τις απαλλαγές, σε περίπτωση που δεν επιλεγεί κοινή απαλλαγή για την οικογένεια.

Μετά την παρέλευση δύο (2) ετών από την πρώτη ανανέωση, εάν ο ασφαλισμένος έχει επιλέξει κάλυψη με μια από τις απαλλαγές των 500, 1.000 , 1.500 , 3.000 ή των 6.000 ευρώ, οι απαλλαγές αυτές θα εφαρμόζονται πλέον ετησίως και όχι ανά περίπτωση με την προϋπόθεση της χρήσης του Δημόσιου ή Ιδιωτικού Ταμείου του ασφαλισμένου.

14. Διαθλαστικές επεμβάσεις /Διαθλαστική χειρουργική.

Μετά την παρέλευση πέντε (5) ετών από την πρώτη ανανέωση, καλύπτονται οι διαθλαστικές επεμβάσεις των οφθαλμών για την διόρθωση διαθλαστικών ανωμαλιών (μυωπία, υπερμετρωπία, αστιγματισμός), εφόσον προηγηθεί ενημέρωση της Εταιρείας απευθείας σε συμβεβλημένα ιδρύματα ή απολογιστικά με την προσκόμιση αποδείξεων . Η κάλυψη των Διαθλαστικών επεμβάσεων δεν περιλαμβάνει επιδοματική αποζημίωση (όπως χειρουργικό επίδομα). Η Εταιρεία θα αποζημιώσει τα αναγνωρισμένα έξοδα μέχρι το ποσό κάλυψης των τεσσάρων χιλιάδων ευρώ (4.000€) και για τους δύο οφθαλμούς , αφού αφαιρεθούν τα ποσά απαλλαγής και η συνασφάλιση , όπως ορίζονται στον πίνακα καλύψεων του συμβολαίου.