

Ομαδική Ασφάλιση Ζωής & Υγείας

Συμβόλαιο 4906



Σκοπός του Προγράμματος

Ο Λήπτης της Ασφάλισης, έχει αναλάβει την ευγενή αποστολή να στηρίζει τα μέλη του σε οποιαδήποτε δύσκολη στιγμή τυχόν προκύψει. Για το σκοπό αυτό, δημιούργησε το **πρόγραμμα ομαδικής ασφάλισης** με στόχο να προσφέρει πολύτιμη προστασία και να βοηθήσει να ξεπεραστούν οι οικονομικές δυσχέρειες που πιθανόν να προκύψουν, αν συμβούν απρόοπτα περιστατικά υγείας στα μέλη του Συνεταιρισμού ή τις οικογένειές τους.

Για να μπορέσετε να αξιοποιήσετε στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό την παροχή αυτή, σας στέλνουμε ένα συνοπτικό οδηγό με τις ασφαλιστικές καλύψεις σας καθώς και με τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθείτε προκειμένου να αποζημιώσετε εύκολα και γρήγορα κάθε φορά.

Για λεπτομέρειες ή οδηγίες για τις παροχές, νέες εγγραφές ή διαγραφές, δικαιώματα, υποχρεώσεις, διαχείριση και διεκπεραίωση των φακέλων αποζημιώσεων, παραλαβή αποζημιώσεων και γενικά για οτιδήποτε σχετίζεται με την ομαδική ασφάλιση, θα απευθύνεστε στη διεύθυνση πωλήσεων του κ. Κολοβού Απόστολου.

Τηλέφωνα επικοινωνίας :
**2105778401, 2104136143,
2109609106, 2105778031 και
2105778377.**

Είμαστε σίγουροι ότι η καλή συνεργασία όλων μας θα συντελέσει σε μεγάλο βαθμό στη συνέχιση και βελτίωση του προγράμματος και των παροχών.

Ενημερωτικό Έντυπο

Το Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο **4906** (σε αντικατάσταση του 3126) έγινε μεταξύ του ΣΥΝ.ΠΕ και της Ασφαλιστικής Εταιρίας ALLIANZ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ Μ.Α.Α.Ε.

Η ALLIANZ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ Μ.Α.Α.Ε.

είναι μια πλήρης Ασφαλιστική Εταιρία που δραστηριοποιείται σε όλους τους σύγχρονους Κλάδους ασφάλισης, παρέχοντας ολοκληρωμένη ασφαλιστική κάλυψη τόσο σε ατομικό όσο και επιχειρησιακό επίπεδο, με ειδικά σχεδιασμένα πρωτοποριακά και ευέλικτα ασφαλιστικά προγράμματα.

Η Εταιρία διατηρεί ένα από τα μεγαλύτερα Δίκτυα Πωλήσεων με άρτια εκπαιδευμένους συνεργάτες σε όλη την Ελλάδα.

Η Ασφαλιστική Εταιρία εγγυάται τις παροχές και όλοι οι ασφαλισμένοι καλύπτονται από ένα Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, το οποίο αποτελεί το κριτήριο για την ερμηνεία οποιουδήποτε θέματος σχετικού με την ασφάλιση.

Το έντυπο αυτό δεν αποτελεί συμβόλαιο.

Σκοπός του είναι να εξηγήσει γενικά τον τρόπο λειτουργίας του προγράμματος και να ενημερώσει για τις προσφερόμενες ασφαλιστικές παροχές. Το πρωτότυπο Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, όπου αναφέρονται με λεπτομέρειες οι όροι ασφάλισης, βρίσκεται στο γραφείο του ΣΥΝ.ΠΕ.

Ποιοί Συμμετέχουν στο Πρόγραμμα

Όλα τα μέλη του Λήπτη της Ασφάλισης (ενεργά ή μη) ηλικίας μέχρι και 75 ετών, έχουν δικαίωμα να εγγραφούν στο συμβόλαιο ομαδικής ασφάλισης με την έγκριση του Λήπτη της Ασφάλισης. Η ασφάλιση μπορεί να συνεχιστεί, υπό προϋποθέσεις μέχρι ο ασφαλισμένος να συμπληρώσει το 85ο έτος της ηλικίας του.

Ανάλογα με την ηλικία και την εργασιακή του κατάσταση κάθε ασφαλισμένος μπορεί να επιλέξει να καταταγεί σε μία από τις κατηγορίες ασφάλισης του συμβολαίου σύμφωνα με τα παρακάτω:

- Τα ενεργά μέλη του Λήπτη της Ασφάλισης που δεν έχουν συμπληρώσει το 61ο έτος της ηλικίας τους δικαιούνται να εγγραφούν στην Κατηγορία I.
- Τα ενεργά μέλη που έχουν συμπληρώσει το 61ο έτος της ηλικίας τους καθώς και τα μη ενεργά μέλη κατατάσσονται στην Κατηγορία II (Συνταξιούχοι μέχρι την ηλικία των 70 ετών).
- Τα ενεργά και μη μέλη, που συμπληρώνουν το 70ο έτος της ηλικίας τους κατατάσσονται στην Κατηγορία III (Συνταξιούχοι ηλικίας από 70 έως 85 ετών), την πρώτη μέρα που ακολουθεί τα 70α γενέθλιά τους.

Σημειώνεται ότι:

- Οι σύζυγοι μελών, του Λήπτη της Ασφάλισης που έχουν αποκτήσει δικαίωμα εγγραφής στον Λήπτη, ως σύζυγοι μελών και όχι εξαιτίας της εργασιακής τους σχέσης με το Λήπτη, αυτοδικαίως κατατάσσονται στην κατηγορία ασφάλισης που υπάγονται οι σύζυγοι τους.
- Τα τέκνα μελών του Συνεταιρισμού που έχουν αποκτήσει δικαίωμα εγγραφής στον Λήπτη της Ασφάλισης, ως τέκνα μελών και όχι εξαιτίας της εργασιακής τους σχέσης, αυτοδικαίως κατατάσσονται στην Κατηγορία ασφάλισης I.
- Ως εξαρτώμενα μέλη (τέκνα) ορίζονται τα, άγαμα τέκνα των Κυρίως Ασφαλιζομένων ηλικίας από δεκατεσσάρων (14) ημερών μέχρι τη συμπλήρωση του δέκατου όγδοου (18ου) έτους της ηλικίας τους, τα οποία εξαρτώνται σαν συντηρούμενα πρόσωπα από τον Ασφαλιζόμενο υπάλληλο. Η ασφάλιση ισχύει έως το εικοστό πέμπτο (25ο) έτος, εφόσον το εξαρτώμενο μέλος σπουδάζει, σε ανώτερη ή ανώτατη σχολή, με τη προσκόμιση πιστοποιητικού σπουδών που έχει εκδοθεί το τρέχον ακαδημαϊκό έτος.

- Η ασφάλιση εξαρτώμενου μέλους μπορεί να παραταθεί μέχρι τα τριάντα (30) έτη για περιπτώσεις άγαμων τέκνων Κυρίως Ασφαλιζομένων, τα οποία είναι εγγεγραμμένα στο Μητρώο Ανέργων του ΟΑΕΔ.

Διευκρινίζεται ότι η ασφάλιση άνεργου – άγαμου εξαρτώμενου μέλους παραμένει σε ισχύ εφόσον συνεχίζει να σπουδάζει. Η επέκταση κάλυψης δεν ισχύει για εξαρτώμενα μέλη που σπουδάζουν και παράλληλα εργάζονται.

Για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα δεν χρειάζεται ιατρική εξέταση. Χρειάζεται όμως η συμπλήρωση και υπογραφή από τον υποψήφιο του εντύπου ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ.

Ισχύς και Λήξη της Ασφάλισης

Το πρόγραμμα ομαδικής ασφάλισης παρέχει 24ωρη κάλυψη.

Η ασφάλιση τελειώνει:

- α. με τη λύση ή λήξη της Σύμβασης.
- β. όταν ο ασφαλισμένος πάψει να είναι μέλος του Λήπτη της Ασφάλισης.
- γ. όταν δεν καταβληθεί έστω και μέρος του οφειλομένου ασφαλιστρου
- δ. όταν συμπληρωθεί το ανώτατο όριο ηλικίας για την συμμετοχής στην ομαδική ασφάλιση.

Ειδικότερα,

- Οι Ασφαλιζόμενοι της κατηγορίας I παραμένουν σε αυτή, εφόσον συνεχίζουν να εργάζονται κατ' ανώτατο μέχρι να συμπληρώσουν το 70ο έτος της ηλικίας τους. Την 1^η ημέρα του μήνα που ακολουθεί τα 70^α του γενέθλια ο Ασφαλιζόμενος μεταφέρεται αυτομάτως στην κατηγορία III. Σε περίπτωση που ο Ασφαλιζόμενος της κατηγορίας I συνταξιοδοτηθεί πριν την συμπλήρωση του 70ου έτους μεταφέρεται αυτομάτως στην κατηγορία II.

- Οι Ασφαλιζόμενοι της κατηγορίας II, παραμένουν σε αυτή κατ' ανώτατο μέχρι την συμπλήρωση του 70ου έτους της ηλικίας τους. Την 1^η ημέρα του μήνα που ακολουθεί τα 70^α του γενέθλια ο Ασφαλιζόμενος μεταφέρεται αυτομάτως στην κατηγορία III.
- Οι Ασφαλιζόμενοι της κατηγορίας III, παραμένουν σε αυτή, κατ' ανώτατο μέχρι να συμπληρώσουν το 85ο έτος της ηλικίας τους, οπότε και η ασφάλισή τους τερματίζεται αυτομάτως.

Πίνακας Παροχών

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ I & II

A. ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ	
Σε περίπτωση θανάτου ασφαλισμένου από οποιαδήποτε αιτία, θα καταβάλλεται στους δικαιούχους ποσό	3.000 €
B. ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ & ΜΟΝΙΜΗΣ ΟΛΙΚΗΣ / ΜΕΡΙΚΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	
Σε περίπτωση θανάτου ασφαλισμένου από ατύχημα θα καταβάλλεται στους δικαιούχους του ποσό	5.000 €
ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ ΠΟΣΟ ΙΣΟ ΜΕ	8.000 €
Σε περίπτωση Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας από ατύχημα θα καταβάλλεται στον ασφαλισμένο ποσό	5.000 €
Σε περίπτωση Μόνιμης Μερικής Ανικανότητας από ατύχημα θα καταβάλλεται στον ασφαλισμένο ποσοστό % των ανάλογα με το βαθμό ανικανότητας.	5.000 €
Γ. ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	
Σε περίπτωση ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του ασφαλισμένου εξαιτίας ατυχήματος θα του καταβάλλεται το 100% των εξόδων (εντός- εκτός Νοσοκομείου) κατά περίπτωση και μέχρι του ποσού των	700 €
Δ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ	
Νοσοκομειακή Περίθαλψη	
Ανώτατο ποσό παροχής ανά άτομο ετησίως	37.000 €
Καλύπτονται: Έξοδα για Δωμάτιο & Τροφή, έξοδα χειρουργείου, αμοιβές ιατρού, χειρουργού, αναισθησιολόγου, ειδικά υλικά, χειρουργικές επεμβάσεις χωρίς διανυκτέρευση, χρήση αποκλειστικής νοσοκόμας, χρήση ασθενοφόρου για μεταφορά από και προς το Νοσοκομείο και λοιπές νοσηλευτικές υπηρεσίες με την προϋπόθεση ότι είναι αναγκαίες για την περίθαλψη του ασφαλισμένου, έξοδα επείγουσας υγειονομικής μεταφοράς.	
Ποσό απαλλαγής κατ' άτομο ετησίως	300 €
Όριο για Δωμάτιο & Τροφή ημερησίως	
- Στην Ελλάδα	B' ΘΕΣΗ
- Στη Μ.Ε.Θ.	400 €

Σε περίπτωση που ο Ασφαλιζόμενος νοσηλευτεί σε θέση ανώτερη της αναγραφόμενης, θα χρεώνεται ποσόν 150 ευρώ ανά ημέρα νοσηλείας.

Απόδοση Εξόδων

Στα Ειδικά Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα
(Ευρωκλινική Αθηνών, Ευρωκλινική Παιδών, Γενική Κλινική Θεσ/νίκης).

Αμοιβές Χειρουργού / Αναισθησιολόγου

80%

i. Σε περίπτωση που στη δαπάνη συμμετέχει άλλος ασφαλιστικός φορέας (δημόσιος ή ιδιωτικός), η προκύπτουσα διαφορά (αναγνωρισμένα έξοδα μείον δαπάνες που αποζημιώθηκαν από άλλο φορέα) αποζημιώνεται προς

80%

ii. Σε περίπτωση που στη δαπάνη δεν συμμετέχει άλλος ασφαλιστικός φορέας (δημόσιος ή ιδιωτικός), θα καταβάλλεται το των αναγνωρισμένων δαπανών

50%

Ειδικά για το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο
Μετά από Υποχρεωτική χρήση κύριου ασφαλιστικού φορέα Παρέχεται η κάλυψη απολογιστικά

i. Σε περίπτωση που στη δαπάνη συμμετέχει ο κύριος ασφαλιστικός φορέας (ΕΟΠΥΥ), η προκύπτουσα διαφορά (αναγνωρισμένα έξοδα μείον δαπάνες που αποζημιώθηκαν από άλλο φορέα) αποζημιώνεται προς

70%

ii. Σε περίπτωση που στη δαπάνη δεν συμμετέχει ο κύριος ασφαλιστικός φορέας (ΕΟΠΥΥ)

Δεν παρέχεται κάλυψη

Σε μη Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα
Στους νομούς Αττικής & Θεσσαλονίκης

Δεν παρέχεται κάλυψη

Εκτός νομών Αττικής & Θεσσαλονίκης

i. Σε περίπτωση που στη δαπάνη συμμετέχει άλλος ασφαλιστικός φορέας (δημόσιος ή ιδιωτικός), η προκύπτουσα διαφορά (αναγνωρισμένα έξοδα μείον δαπάνες που αποζημιώθηκαν από άλλο φορέα) αποζημιώνεται προς

80%

ii. Σε περίπτωση που στη δαπάνη δεν συμμετέχει άλλος ασφαλιστικός φορέας (δημόσιος ή ιδιωτικός), θα καταβάλλεται το των αναγνωρισμένων δαπανών

50%

Στα Απογευματινά Χειρουργεία σε Δημόσια Νοσοκομεία

Καλύπτεται το κόστος των Απογευματινών Χειρουργείων, σε όλα τα Δημόσια Νοσοκομεία και Κλινικές, απολογιστικά και χωρίς την παρακράτηση εκπιπτόμενου ποσού.

100%

ΟΜΑΔΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Η ανωτέρω παροχή θα καταβάλλεται εφόσον δεν καταβληθεί καμία δαπάνη από τις υπόλοιπες Παροχές Περίθαλψης του συμβολαίου, σχετικές με την ίδια νοσηλεία ή επέμβαση. Η παροχή δεν καταβάλλεται σε περιπτώσεις τοκετού.

Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη

(Αποκλειστικά στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και μόνο για περιπτώσεις που προκάλεσαν νοσηλεία, μέσα σε διάστημα 60 ημερών από την έναρξη και λήξη της νοσηλείας)

Καλύπτονται Ιατρικές Επισκέψεις – Διαγνωστικές & Απεικονιστικές Εξετάσεις

Τηλέφωνο Συντονιστικού Κέντρου (Απαραίτητη η επικοινωνία για χρήση παροχών Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης)	2313 084 320
---	--------------

Ανώτατο ετήσιο ποσό παροχής κατ' άτομο	1.000 €
--	---------

Συμμετοχή του Ασφαλιζόμενου στο κόστος	30%
--	-----

Απαραίτητη προϋπόθεση για την διενέργεια εξέτασης
η προσκόμιση έγκυρου παραπεμπτικού ηλεκτρονικής
συνταγογράφησης

Πρόγραμμα Προληπτικού Ελέγχου Υγείας (ΤΣΕΚ ΑΠ)

Οι εξετάσεις θα διενεργούνται για ασφαλισμένους σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη αποκλειστικά στα εξωτερικά ιατρεία των Κλινικών Ευρωκλινική Αθηνών και Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης και στην υπόλοιπη Ελλάδα στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης.

Σε κάθε περίπτωση, απαραίτητη προϋπόθεση για τη διενέργεια του προληπτικού ελέγχου είναι ο Ασφαλιζόμενος να επικοινωνήσει με το Συντονιστικό Κέντρο.	2313 084 320
---	--------------

Παρέχεται μία φορά κατ' έτος, για όλους τους Ασφαλιζόμενους και περιλαμβάνει τις παρακάτω εξετάσεις :

Γενική Αίματος

Γενική Ούρων

Σάκχαρο

Χοληστερίνη

Τριγλυκερίδια

T.K.E.

HDL – LDL

SGOT – SGTP

γ - GT

Ουρία

Ουρικό Οξύ

Κρεατινίνη

Κάλυψη Επεμβάσεων Καταρράκτη	
Στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα Ευρωκλινική Αθηνών και Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης η Εταιρία αποζημιώνει τα έξοδα της εγχείρησης τα οποία υπερβαίνουν το ποσό των	450 € / οφθαλμό
Ε. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ – ΑΕΡΟΜΕΤΑΦΟΡΑ	
Ανώτατος αριθμός Υγειονομικών Μεταφορών – Αερομεταφορών ανά Ασφαλιζόμενο, κατ' έτος	3
Τηλέφωνο Συντονιστικού Κέντρου	211 9909001
Απαραίτητη προϋπόθεση για τη διενέργεια εξέτασης ή προσκόμιση έγκυρου παραπεμπτικού ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.	
ΣΤ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ	
Σε περίπτωση νοσηλείας από Ατύχημα ή Ασθένεια για την οποία δεν θα γίνει χρήση των υπόλοιπων παροχών περίθαλψης του συμβολαίου καταβάλλεται επίδομα σύμφωνα με τα κάτωθι:	
Ποσό ημερήσιου επιδόματος από την 1η ημέρα νοσηλείας και για κάθε ημέρα,	30 €
Ανώτατο όριο παραμονής	90 ημέρες
Ζ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ	
Σε περίπτωση που ασφαλισμένος υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση σε Δημόσιο Νοσοκομείο, θα καταβληθεί το αντίστοιχο ποσοστό (%) των (βάσει του δείκτη σοβαρότητας χειρουργικών επεμβάσεων)	1.800 €
Το επίδομα καταβάλλεται μόνο στη περίπτωση που δεν θα γίνει χρήση των υπόλοιπων παροχών περίθαλψης του συμβολαίου.	
Η. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	
Τηλέφωνο Συντονιστικού Κέντρου	Ισχύει
Απαραίτητη η επικοινωνία για χρήση παροχών οδοντιατρικής φροντίδας στο Σ.Δ.Π.Π.	215 5155319

Τα ασφαλιζόμενα μέλη του Λήπτη της ασφάλισης καλύπτονται από όλες τις παροχές του Προγράμματος

Τα επιδόματα μη χρήσεως δεν μεταβιβάζονται στους Νόμιμους Κληρονόμους – Προσωποπαγείς Παροχές.

Τα εξαρτώμενα μέλη καλύπτονται αποκλειστικά από τις Παροχές Γ, Δ, Ε, ΣΤ, Ζ & Η

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΙΙΙ

A. ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	
Σε περίπτωση ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του ασφαλισμένου εξαιτίας ατυχήματος θα του καταβάλλεται το 100% των εξόδων (εντός- εκτός Νοσοκομείου) κατά περίπτωση και μέχρι του ποσού των	700 €
B. ΕΥΡΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ	
Νοσοκομειακή Περίθαλψη	
Ανώτατο ποσό παροχής ανά άτομο ετησίως	15.000 €
Ποσό απαλλαγής κατ' άτομο ετησίως	300 €
Καλύπτονται: Έξοδα για Δωμάτιο & Τροφή, έξοδα χειρουργείου, αμοιβές ιατρού, χειρουργού, αναισθησιολόγου, ειδικά υλικά, χειρουργικές επεμβάσεις χωρίς διανυκτέρευση, χρήση αποκλειστικής νοσοκόμας, χρήση ασθενοφόρου για μεταφορά από και προς το Νοσοκομείο και λοιπές νοσηλευτικές υπηρεσίες με την προϋπόθεση ότι είναι αναγκαίες για την περίθαλψη του ασφαλισμένου, έξοδα επείγουσας υγειονομικής μεταφοράς.	
Όριο για Δωμάτιο & Τροφή ημερησίως	
- Στην Ελλάδα	B' ΘΕΣΗ
- Στη Μ.Ε.Θ.	400 €
Σε περίπτωση που ο Ασφαλιζόμενος νοσηλευτεί σε θέση ανώτερη της αναγραφόμενης, θα χρεώνεται ποσόν 150 ευρώ ανά ημέρα νοσηλείας.	
Απόδοση Εξόδων	
Στα Ειδικά Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα (Ευρωκλινική Αθηνών, Ευρωκλινική Παίδων, Γενική Κλινική Θεσ/νίκης).	
Αμοιβές Χειρουργού / Αναισθησιολόγου	80%
i. Σε περίπτωση που στη δαπάνη συμμετέχει άλλος ασφαλιστικός φορέας (δημόσιος ή ιδιωτικός), η προκύπτουσα διαφορά (αναγνωρισμένα έξοδα μείον δαπάνες που αποζημιώθηκαν από άλλο φορέα) αποζημιώνεται προς	80%
ii. Σε περίπτωση που στη δαπάνη δεν συμμετέχει άλλος ασφαλιστικός φορέας (δημόσιος ή ιδιωτικός), θα καταβάλλεται το των αναγνωρισμένων δαπανών	50%
Ειδικά για το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο	
Μετά από Υποχρεωτική χρήση κύριου ασφαλιστικού φορέα Παρέχεται η κάλυψη απολογιστικά	
i. Σε περίπτωση που στη δαπάνη συμμετέχει ο κύριος ασφαλιστικός φορέας (ΕΟΠΥΥ), η προκύπτουσα διαφορά (αναγνωρισμένα έξοδα μείον δαπάνες που αποζημιώθηκαν από άλλο φορέα) αποζημιώνεται προς	70%

ii. Σε περίπτωση που στη δαπάνη δεν συμμετέχει ο κύριος ασφαλιστικός φορέας (ΕΟΠΥΥ)	Δεν παρέχεται κάλυψη
<u>Σε μη Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα</u>	
Στους νομούς Αττικής & Θεσσαλονίκης	Δεν παρέχεται κάλυψη
Εκτός νομών Αττικής & Θεσσαλονίκης	
I. Σε περίπτωση που στη δαπάνη συμμετέχει άλλος ασφαλιστικός φορέας (δημόσιος ή ιδιωτικός), η προκύπτουσα διαφορά (αναγνωρισμένα έξοδα μείον δαπάνες που αποζημιώθηκαν από άλλο φορέα) αποζημιώνεται προς	80%
II. Σε περίπτωση που στη δαπάνη δεν συμμετέχει άλλος ασφαλιστικός φορέας (δημόσιος ή ιδιωτικός), θα καταβάλλεται το των αναγνωρισμένων δαπανών	50%
Πρόγραμμα Προληπτικού Ελέγχου Υγείας (ΤΣΕΚ ΑΠ)	
Οι εξετάσεις θα διενεργούνται για ασφαλισμένους σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη αποκλειστικά στα εξωτερικά ιατρεία των Κλινικών Ευρωκλινική Αθηνών και Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης και στην υπόλοιπη Ελλάδα στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περιθαλψης.	
Σε κάθε περίπτωση, απαραίτητη προϋπόθεση για τη διενέργεια του προληπτικού ελέγχου είναι ο Ασφαλιζόμενος να επικοινωνήσει με το Συντονιστικό Κέντρο.	2313 084 320
Παρέχεται μία φορά κατ' έτος, για όλους τους Ασφαλιζόμενους και περιλαμβάνει τις παρακάτω εξετάσεις :	
Γενική Αίματος	
Γενική Ούρων	
Σάκχαρο	
Χοληστερίνη	
Τριγλυκερίδια	
Τ.Κ.Ε.	
HDL – LDL	
SGOT – SGTP	
γ - GT	
Ουρία	
Ουρικό Οξύ	
Κρεατινίνη	

Κάλυψη Επεμβάσεων Καταρράκτη

Στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα Ευρωκλινική Αθηνών και Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης η Εταιρία αποζημιώνει τα έξοδα της εγχείρησης τα οποία υπερβαίνουν το ποσό των

450 € / οφθαλμό

Γ. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ - ΑΕΡΟΜΕΤΑΦΟΡΑ

Ανώτατος αριθμός Υγειονομικών Μεταφορών – Αερομεταφορών ανά Ασφαλιζόμενο κατ' έτος

3

Τηλέφωνο συντονιστικού κέντρου
(Απαραίτητη η επικοινωνία για χρήση παροχών
Υγειονομικής Μεταφοράς – Αερομεταφοράς)

211 9909001

Δ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Σε περίπτωση νοσηλείας από Ατύχημα ή Ασθένεια για την οποία δεν θα γίνει χρήση των υπόλοιπων παροχών περίθαλψης του συμβολαίου καταβάλλεται επίδομα σύμφωνα με τα κάτωθι:

Ποσό ημερήσιου επιδόματος

από την 1η ημέρα νοσηλείας και για κάθε ημέρα,

30 €

Ανώτατο όριο παραμονής

90 ημέρες

Ε. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Σε περίπτωση που ασφαλισμένος υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση σε Δημόσιο Νοσοκομείο, θα καταβληθεί το αντίστοιχο ποσοστό (%) των (βάσει του δείκτη σοβαρότητας χειρουργικών επεμβάσεων)

1.800 €

Το επίδομα καταβάλλεται μόνο στη περίπτωση που δεν θα γίνει χρήση των υπόλοιπων παροχών περίθαλψης του συμβολαίου.

ΣΤ. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ισχύει

Τηλέφωνο Συντονιστικού Κέντρου

215 5155165

Απαραίτητη η επικοινωνία για χρήση παροχών
οδοντιατρικής φροντίδας στο Σ.Δ.Π.Π.

Κάλυψη Εξαρτωμένων Μελών ηλικίας 19 – 35 ετών

ΕΥΡΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Νοσοκομειακή Περίθαλψη

Ανώτατο ποσό παροχής ανά άτομο ετησίως

30.000 €

Ποσό απαλλαγής κατ' άτομο ετησίως

750 €

Καλύπτονται: Έξοδα για Δωμάτιο & Τροφή, έξοδα χειρουργείου, αμοιβές ιατρού, χειρουργού, αναισθησιολόγου, ειδικά υλικά, χειρουργικές επεμβάσεις χωρίς διανυκτέρευση, χρήση αποκλειστικής νοσοκόμας, χρήση ασθενοφόρου για μεταφορά από και της το Νοσοκομείο και λοιπές νοσηλευτικές υπηρεσίες με την προϋπόθεση ότι είναι αναγκαίες για την περίθαλψη του ασφαλισμένου, έξοδα επείγουσας υγειονομικής μεταφοράς.

Όριο για Δωμάτιο & Τροφή ημερησίως

- Στην Ελλάδα

Β' ΘΕΣΗ

- Στη Μ.Ε.Θ.

400 €

Σε περίπτωση που ο Ασφαλιζόμενος νοσηλευτεί σε θέση ανώτερη της αναγραφόμενης, θα χρεώνεται ποσόν 150 ευρώ ανά ημέρα νοσηλείας.

Απόδοση Εξόδων

Αποκλειστικά στα Ειδικά Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα

(Ευρωκλινικής Αθηνών & Γενική Κλινική Θεσ/νίκης)

100%

Απευθείας Κάλυψη

Νοσοκομειακών Δαπανών

Κατά την εισαγωγή σε Ειδικό Συμβεβλημένο Νοσηλευτικό Ίδρυμα, ο Ασφαλιζόμενος πρέπει να έχει μαζί του την αστυνομική του ταυτότητα ή κάποιο άλλο επίσημο έγγραφο το οποίο να αποδεικνύει τα στοιχεία του και να δηλώσει ως τρόπο εξόφλησης της δαπάνης την απευθείας εξόφληση από την ALLIANZ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ Μ.Α.Α.Ε μέσω του Ομαδικού Συμβολαίου **4906**.

ΕΙΔΙΚΑ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

ΑΘΗΝΑ		
Ευρωκλινική Αθηνών	Αθανασιάδου 9, Πάροδος Δ. Σούτσου, Αθήνα	210-6416600
Ευρωκλινική Παίδων	Αθανασιάδου 7 – 9, Αθήνα	210-8691900
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ		
Euromedica Γενική Κλινική Θεσ/κης	Μ. Κάλλας 11 & Γραβιάς 2	2310-895100

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

Παρατηρήσεις

Παροχές -Εξαιρέσεις

Δεν καλύπτονται από το παρόν Πρόγραμμα κίνδυνοι που προέρχονται από:

Για όλες τις παροχές

- Οι περί προϋπαρχουσών παθήσεων εξαιρέσεις καθώς και η περίοδος αναμονής τριάντα (30) ημερών δεν ισχύουν για τους Ασφαλιζόμενους εκείνους που ασφαλίστηκαν στο ομαδικό συμβόλαιο 3126 από την 01/10/2011. Τυχόν ειδικοί όροι που ίσχυαν για Ασφαλιζόμενους στο ομαδικό συμβόλαιο 3126, ισχύουν ακέραιοι για το παρόν συμβόλαιο.
- Για τους υπόλοιπους Ασφαλιζόμενους ισχύει αναμονή έξι (6) μηνών για την κάλυψη προϋπαρχουσών παθήσεων ή καταστάσεων με την προϋπόθεση ότι αυτές είχαν δηλωθεί στην Αίτηση Συμμετοχής στην Ασφάλιση και δεν εξαιρέθηκαν με Ειδικό Όρο.
- Εισβολή ή επιδρομή εχθρού, εξωτερικό ή εμφύλιο πόλεμο, πολιτικές ή στρατιωτικές στάσεις, ανταρσίες, κινήματα, οχλαγωγίες, απεργίες, επιτάξεις, πράξεις σφετερισμού εξουσίας, τρομοκρατικές ενέργειες, καταστάσεις πολιορκίας καθώς και από οποιαδήποτε πολεμικά όπλα, μέσα ή ενέργειες, στρατιωτικά γυμνάσια ή ασκήσεις. Οποιαδήποτε υπηρεσία του ασφαλισμένου στις ένοπλες δυνάμεις σε καιρό ειρήνης ή πολέμου.
- Αυτοκτονία κατά τον πρώτο χρόνο υπαγωγής στην ασφάλιση.
- Χρησιμοποίηση αεροπορικών μέσων μεταφοράς που δεν ανήκουν σε αναγνωρισμένες αεροπορικές εταιρίες ή που δεν εκτελούν κανονικά δρομολόγια, εξαιρουμένων των πτήσεων τσάρτερ.
- Αμεσες ή έμμεσες συνέπειες του μετασχηματισμού του ατομικού πυρήνα καθώς και ακτινοβολίες που προκαλούνται από την τεχνητή επιτάχυνση των ατομικών σωματιδίων.
- Ατυχήματα που θα συμβούν σε χρόνο που ο ασφαλισμένος βρίσκεται υπο την επήρεια ναρκωτικών, ηρεμιστικών, διεγερτικών ουσιών ή σε κατάσταση μέθης (ποσοστό περιεκτικότητας οιοπνεύματος στο αίμα πάνω από τα εκάστοτε νόμιμα όρια).
- Συμμετοχή του ασφαλισμένου σε εγκληματικές ενέργειες.
- Το Σύνδρομο Επικτήτης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας και τις επιπλοκές του. (όχι στις γενικές εξαιρέσεις, ισχύει στη ζωή
- Διανοητικές και ψυχιατρικές παθήσεις, ψυχικές και ψυχωσικές διαταραχές. (όχι στις γενικές εξαιρέσεις,
- Ασθένειες που εκδηλώνονται πριν την πάροδο τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία υπαγωγής του Ασφαλιζόμενου στην ασφάλιση.

- **Ειδικά**, για τους Ασφαλιζόμενους της κατηγορίας 15, ισχύει αναμονή έξι (6) μηνών για την κάλυψη προϋπαρχουσών παθήσεων ή καταστάσεων, με την προϋπόθεση ότι αυτές είχαν δηλωθεί από τον Ασφαλιζόμενο στην Αίτηση Συμμετοχής στην Ομαδική Ασφάλιση και δεν εξαιρέθηκαν με ειδικό όρο. Εξαιρούνται οι συγγενείς και εκ γενετής παθήσεις. Οι παθήσεις ρινός καλύπτονται μετά την παρέλευση ενός (1) έτους από την ημερομηνία ασφάλισης

Για τις παροχές Θάνατος και Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από Ατύχημα

- Αυτοχειρία ανεξάρτητα της διανοητικής κατάστασης του Ασφαλιζόμενου.
- Συμμετοχή σε αγώνες ταχύτητας, δοκιμές ή επιδείξεις αγώνων με χρήση μηχανικών μέσων, κάθε είδους επαγγελματική αθλητική δραστηριότητα, καταδύσεις, αναρριχήσεις με σχοινιά, πτήσεις με αερόστατο, πτώση με αλεξίπτωτο, αεροπτερισμό και εν γένει επικίνδυνα σπορ.

Για τις παροχές υγείας

- Αισθητικές ή πλαστικές χειρουργικές επεμβάσεις ή θεραπείες με σκοπό τον καλλωπισμό μερών του σώματος, απώλεια βάρους λόγω νοσογόνου παχυσαρκίας, ανατομικές δυσπλασίες, εκτός αν κρίνονται απαραίτητες μετά από ατύχημα που συνέβη κατά τη διάρκεια

ισχύος του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

- Θεραπείες αλκοολισμού ή χρήσης ναρκωτικών, διανοητικών και ψυχιατρικών παθήσεων, ψυχικών και ψυχωσικών διαταραχών.
- Εγκυμοσύνη, τοκετό, αποβολή άμβλωση, εξωμήτρια κύηση ή θεραπεία βελτίωσης της ικανότητας για τεκνοποίηση, άμεσα ή έμμεσα.
- Παθήσεις των οφθαλμών.
- Παθήσεις οδόντων ή ούλων, εκτός αν εκτός αν κρίνεται απαραίτητη η θεραπεία εξαιτίας ατυχήματος που συνέβη κατά τη διάρκεια ισχύος του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.
- Διαγνωστικές Εξετάσεις που πραγματοποιούνται σε μη Συμβεβλημένα Διαγνωστικά Κέντρα
- Ιατρικές Επισκέψεις που πραγματοποιούνται σε μη συμβεβλημένους Ιατρούς.
- Νοσηλείες στο εξωτερικό.
- Χρόνιες εκφυλιστικές παθήσεις των οστών, οσφυαλγίες, ισχιαλγίες, κήλες.

Πώς αποζημιώνεστε

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ – ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ

Για κάθε αίτημα αποζημίωσης μπορείτε είτε να αναρτήσετε τα δικαιολογητικά στην ηλεκτρονική πλατφόρμα των ασφαλισμένων της ALLIANZ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ Μ.Α.Α.Ε. (Portal Ομαδικών) είτε να τα στείλετε ταχυδρομικά στην Διεύθυνση Αποζημιώσεων Ζωής της Εταιρίας.

Στην πρώτη περίπτωση, θα πρέπει να έχετε δημιουργήσει ατομικό λογαριασμό στο portal, σύμφωνα με τη σχετική επιστολή. Τα αιτήματα αποζημίωσης που υποβάλλονται μέσω portal προωθούνται στο Διεύθυνση Αποζημιώσεων την αμέσως επόμενη από την ημερομηνία υποβολής τους εργάσιμη ημέρα.

Σε περίπτωση που επιλέξετε να υποβάλετε το αίτημά σας ταχυδρομικά θα πρέπει απαραίτητως να επισυνάψετε συμπληρωμένη σχετική Αίτηση Αναγγελίας Ατυχήματος.

Σημειώστε, πάντως, πως η παραπάνω διαδικασία δεν ισχύει όταν κάνετε χρήση παροχών υγείας σε Ειδικά Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα ή στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης. Στις περιπτώσεις αυτές χρεώνεστε το κατά περίπτωση ποσό της συμμετοχής σας, την δε υπόλοιπη δαπάνη τη διακανονίζει η Εταιρία απευθείας με το Συμβεβλημένο Πάροχο Υγείας.

Ι. Σε περίπτωση Νοσοκομειακής Περίθαλψης (νοσηλεία)

α. Σε περίπτωση Νοσοκομειακής Περίθαλψης σε Ειδικά Νοσοκομεία

Κατά την εισαγωγή σας σε Ειδικό Συμβεβλημένο Νοσοκομείο θα πρέπει να έχετε μαζί σας την ταυτότητά σας και να δηλώσετε σαν τρόπο πληρωμής την απευθείας εξόφληση από την ALLIANZ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ, σύμφωνα με τους όρους του ομαδικού συμβολαίου **4906**. Στην περίπτωση αυτή θα επιβαρυνθείτε μόνο με το ποσό συμμετοχής σας στις αναγνωρισμένες δαπάνες νοσηλείας.

β. Σε περίπτωση Νοσοκομειακής Περίθαλψης σε Μη Συμβεβλημένα Νοσοκομεία (Αποκλειστικά εκτός Αττικής & Θεσσαλονίκης)

Κατά την εισαγωγή σας θα πρέπει να δηλώσετε ότι επιθυμείτε να γίνει χρήση των παροχών του Φορέα Κύριας Ασφάλισης. Θα καταβάλετε το σύνολο των δαπανών νοσηλείας που σας αναλογούν μετά τη συμμετοχή του Φορέα Κύριας Ασφάλισής σας στις δαπάνες και στη συνέχεια θα υποβάλετε τα πρωτότυπα τιμολόγια και αποδείξεις στην ALLIANZ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ

Μ.Α.Α.Ε. για αποζημίωση, σύμφωνα με τους όρους, τα κεφάλαια και τα ποσοστά απόδοσης εξόδων που αναφέρονται στον Πίνακα Καλύψεων – Παροχών του ομαδικού συμβολαίου **4906**. Τα απαιτούμενα δικαιολογητικά είναι τα ακόλουθα:

- Εις ιτήριο – Εξιτήριο νοσοκομείου στο οποίο να αναγράφεται η αιτία της νοσηλείας.
- Πρωτότυπο τιμολόγιο, στο οποίο να υπάρχει πλήρης ανάλυση εξόδων.
- Πρωτότυπες, θεωρημένες από την εφορία, αποδείξεις παροχής υπηρεσιών των γιατρών (χειρουργού, αναισθησιολόγου).
- Βεβαίωση του Νοσοκομείου σχετικά με τη συμμετοχή άλλου ασφαλιστικού φορέα στις δαπάνες.

Σε περίπτωση που χρησιμοποιήσετε υπηρεσίες αποκλειστικής νοσοκόμου και οι αποδείξεις που αυτή εκδίδει δεν είναι θεωρημένες από την Εφορία, τότε θα πρέπει να τις θεωρήσει η Προϊσταμένη Νοσοκόμος του Νοσοκομείου στο οποίο νοσηλευτήκατε.

II. Σε περίπτωση Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης

Καλύπτονται επισκέψεις σε ιατρούς και διαγνωστικά κέντρα αποκλειστικά στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης (σύμφωνα με τα παρακάτω) και μόνο για περιπτώσεις που προκάλεσαν νοσηλεία ασφαλισμένου. Οι ιατρικές επισκέψεις και/ή οι εξετάσεις θα πρέπει να πραγματοποιηθούν απαραίτητως μέσα σε 60 μέρες πριν ή μετά τη νοσηλεία.

Σε περίπτωση που αποφασίσετε να επισκεφθείτε γιατρό του Συμβεβλημένου Δικτύου Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης ή να πραγματοποιήσετε εξετάσεις σε διαγνωστικό κέντρο του Συμβεβλημένου Δικτύου, θα χρεωθείτε μόνο το ποσό που αντιστοιχεί στη συμμετοχή σας στο κόστος της επίσκεψης ή των εξετάσεων (30% επί ειδικού τιμοκαταλόγου). Την υπόλοιπη

δαπάνη θα τη διακανονίσει η ALLIANZ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ Μ.Α.Α.Ε. απευθείας με το Διαγνωστικό Κέντρο.

Προκειμένου να κάνετε χρήση των υπηρεσιών του Συμβεβλημένου Δικτύου Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, θα πρέπει υποχρεωτικά να επικοινωνήσετε με το Συντονιστικό Κέντρο στο τηλέφωνο 2313 084

320. Σε περίπτωση που δεν επικοινωνήσετε με το Συντονιστικό Κέντρο δεν θα αποζημιωθείτε ακόμα και αν η ιατρική πράξη πραγματοποιηθεί σε Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο.

III. Προληπτικός Έλεγχος Υγείας

Οι Ασφαλιζόμενοι (ασφαλισμένα μέλη του ΣΥΝ.ΠΕ και εξαρτώμενα μέλη) δικαιούνται έναν προληπτικό έλεγχο υγείας (τσεκ απ) ετησίως μέσω του Συμβεβλημένου Δικτύου.

Σε περίπτωση που αποφασίσετε να πραγματοποιήσετε το ετήσιο τσεκ απ σας, θα πρέπει να επικοινωνήσετε με το Συντονιστικό Κέντρο, 2313 084 320, προκειμένου να κλείσετε ραντεβού.

IV. Σε περίπτωση Νοσοκομειακού Επιδόματος

Η παροχή Νοσοκομειακό Επίδομα καταβάλλεται μόνο σε περίπτωση νοσηλείας για την οποία δεν θα υποβάλετε έξοδα για αποζημίωση. Τα απαραίτητα δικαιολογητικά είναι τα ακόλουθα:

-Εισιτήριο- Εξιτήριο νοσοκομείου στο οποίο να αναγράφεται η αιτία της νοσηλείας.

V. Σε περίπτωση Χειρουργικού Επιδόματος

Η παροχή Χειρουργικό Επίδομα καταβάλλεται μόνο σε περίπτωση χειρουργική επέμβασης στα πλαίσια νοσηλείας για την οποία δεν θα υποβάλετε έξοδα για αποζημίωση. Τα απαραίτητα δικαιολογητικά είναι τα ακόλουθα:

- Εισιτήριο – Εξιτήριο νοσοκομείου στο οποίο να αναγράφεται η αιτία της νοσηλείας και το είδος της χειρουργικής επέμβασης που πραγματοποιήθηκε
- Αντίγραφο του Πρακτικού Χειρουργείου.

VI. Σε περίπτωση Οδοντιατρικής Φροντίδας

Η Εταιρία καλύπτει το κόστος των οδοντιατρικών πράξεων ή θεραπειών του Ασφαλιζομένου μετά από την αφαίρεση της εφάπαξ συμμετοχής του Ασφαλιζομένου, που θα πραγματοποιηθούν σε συμβεβλημένο με την Εταιρία Οδοντιατρικό Κέντρο ή Οδοντιατρείο και αναφέρονται στον Πίνακα Οδοντιατρικών Πράξεων.

Η Εταιρία καλύπτει το κόστος ενός προληπτικού οδοντιατρικού ελέγχου ενήλικα Ασφαλιζομένου ετησίως, με απαραίτητη προϋπόθεση να πραγματοποιηθεί σε Οδοντιατρικό Κέντρο ή Οδοντιατρείο συμβεβλημένο με την Εταιρία. Ο προληπτικός οδοντιατρικός έλεγχος περιλαμβάνει κλινική εξέταση, ακτινολογικό έλεγχο, απεικόνιση στοματικής κοιλότητας, διάγνωση και σχέδιο αποκατάστασης.

Επίσης, καλύπτει το κόστος ενός ορθοδοντικού ελέγχου ανήλικου ασφαλισμένου και επιπλέον μίας φθορίωσης και απομάκρυνσης πλακών ετησίως, με απαραίτητη προϋπόθεση να πραγματοποιηθούν σε Οδοντιατρικό Κέντρο ή Οδοντιατρείο συμβεβλημένο με την Εταιρία. Ο ορθοδοντικός έλεγχος περιλαμβάνει κλινική εξέταση και διάγνωση.

VII. Υγειονομική Μεταφορά – Αερομεταφορά

Σε περίπτωση επέλευσης του Ασφαλιζομένου κινδύνου, ο δικαιούχος ή οποιοσδήποτε ενεργεί αντί αυτού, οφείλει να έλθει σε άμεση επαφή με το Συντονιστικό Κέντρο προς αναγγελία της ζημιάς, μια και δέσμευση της εταιρίας αποτελεί η παροχή των υπηρεσιών του παρόντος, σε είδος μέσω του διεθνούς δικτύου της.

Έτσι δεν αναλαμβάνονται ή δεν εξοφλούνται δαπάνες που δεν συνδέονται με τις προβλεπόμενες καλύψεις του παρόντος ή δεν εγκρίθηκαν από τον Πάροχο. Ακόμη, ορίζεται ότι το ασφαλιστήριο δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να παρέχει το δικαίωμα συμφωνίας ή χρήσης υπηρεσιών ή μέσων από οποιονδήποτε τρίτο, ούτε το δικαίωμα απαίτησης του ποσού που κατέβαλε ο δικαιούχος άνευ έγκρισης του Παρόχου.

Τυχόν εξοφλήσεις όταν και εφόσον αυτές προβλέπονται και εγκρίνονται από τον Πάροχο γίνονται στην έδρα του στην Αθήνα και μόνο βάσει νομίμων αποδείξεων ή μεταφρασμένων και επικυρωμένων δικαιολογητικών για ζημιές στην αλλοδαπή.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ	Συμμετοχή Ασφαλισμένου (ποσό σε ευρώ)
ΠΡΟΛΗΨΗ - ΕΛΕΓΧΟΣ	
ΕΤΗΣΙΟΣ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΔΟΝΤΙΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	15,00€
ΕΤΗΣΙΟΣ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΔΟΝΤΙΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ - ΦΘΟΡΙΩΣΗ	15,00€
ΣΧΕΔΙΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	0
ΤΟΠΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ	0
ΠΑΙΔΟΔΟΝΤΙΑ	
ΚΑΛΥΨΗ ΟΠΩΝ ΚΑΙ ΣΧΙΣΜΩΝ ΑΝΑ ΔΟΝΤΙ	20,00€
ΕΜΦΡΑΞΗ ΝΕΟΓΙΛΟΥ ΑΠΛΗ (ΡΗΤΙΝΗ)	30,00€
ΠΟΛΦΟΤΟΜΗ ΝΕΟΓΙΛΟΥ	20,00€
ΕΞΑΓΩΓΗ ΝΕΟΓΙΛΟΥ	30,00€
ΕΠΑΝΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΔΟΝΤΙΟΥ-ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ	100,00€
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΜΕ ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ	80,00€
ΑΝΟΞΕΙΔΩΤΗ ΣΤΕΦΑΝΗ ΝΕΟΓΙΛΟΥ	40,00€
ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ	
ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΑΝΑΚΤΗΣΗΣ ΧΩΡΟΥ	150,00€
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΑΥΡΟΕΙΔΟΥΣ ΣΥΓΚΛΙΣΗΣ	150,00€
ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΥΠΕΡΣΥΓΚΛΙΣΗΣ ή ΜΕΙΩΣΗ ΧΑΣΜΟΔΟΝΤΙΑΣ	150,00€
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ	
ΕΜΦΡΑΞΗ 1 ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΣ	25,00€
ΕΜΦΡΑΞΗ 2 ΕΠΙΦΑΝΕΙΩΝ	30,00€
ΕΜΦΡΑΞΗ 3 ΕΠΙΦΑΝΕΙΩΝ	40,00€
ΕΜΦΡΑΞΗ 4 ΕΠΙΦΑΝΕΙΩΝ	60,00€
ΑΝΑΣΥΣΤΑΣΗ ΑΠΛΗ	35,00€
ΑΝΑΣΥΣΤΑΣΗ ΜΕ ΑΞΟΝΕΣ	55,00€
ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ	
ΛΕΥΚΑΝΣΗ ΜΕ ΝΑΡΘΗΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ (ΣΠΙΤΙ)	150,00€
ΛΕΥΚΑΝΣΗ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ (ΜΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ)	300,00€
ΟΨΕΙΣ ΠΟΡΣΕΛΑΝΗΣ	220,00€

ΟΨΕΙΣ ΡΗΤΙΝΗΣ	200,00€
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΒΟΤΟΧ (FULL FACE) - 2 ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ (Η ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΧΡΕΩΣΙΜΗ)	350,00€
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΒΟΤΟΧ (ΜΕΤΩΠΟ - ΜΕΣΟΦΡΥΟ - ΠΟΔΙ ΧΗΝΑΣ) - 2 ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ (Η ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΗ	250,00€
ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΧΡΕΩΣΙΜΗ)	
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΑΛΟΥΡΟΝΙΚΟΥ ΟΞΕΩΣ (ΧΕΙΛΗ)	180,00€
ΑΚΙΝΗΤΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ	
ΣΤΕΦΑΝΗ ΜΕΤΑΛΛΟΚΕΡΑΜΙΚΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ (ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ)	180,00€
ΣΤΕΦΑΝΗ ΟΛΟΚΕΡΑΜΙΚΗ (ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ)	200,00€
ΣΤΕΦΑΝΗ ΖΙΡΚΟΝΙΟ (ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ)	220,00€
ΝΑΡΘΗΚΑΣ ΒΡΥΓΜΟΥ ΣΚΛΗΡΟΣ	150,00€
ΚΙΝΗΤΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ	
ΟΛΙΚΗ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΑ (ΜΕ ΚΛΑΣΙΚΑ ΑΓΚΙΣΤΡΑ)	600,00€
ΜΕΡΙΚΗ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΑ	550,00€
ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΔΟΝΤΙΟΥ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΑ	60,00€
ΑΝΑΓΟΜΩΣΗ-ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΒΑΣΗΣ (VALPLAST)	120,00€
ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΑ	
ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΟΝΟΡΙΖΟΥ	120,00€
ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΡΙΖΟΥ	150,00€
ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΟΛΥΡΙΖΟΥ	190,00€
ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΠΟΣΟΝ ΤΗΣ ΑΡΧΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ)	20,00€
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΤΟΜΑΤΟΣ	
ΕΞΑΓΩΓΗ ΔΟΝΤΙΟΥ ΑΠΛΗ	50,00€
ΕΞΑΓΩΓΗ ΔΟΝΤΙΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ (ΗΜΙΕΓΚΛΕΙΣΤΟΣ ΦΡΟΝΙΜΙΤΗΣ)	150,00€
ΕΞΑΓΩΓΗ ΔΟΝΤΙΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ (ΕΓΚΛΕΙΣΤΟΣ ΦΡΟΝΙΜΙΤΗΣ)	250,00€
ΕΞΑΓΩΓΗ ΔΟΝΤΙΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ (ΟΡΙΖΟΝΤΙΟΣ ΦΡΟΝΙΜΙΤΗΣ)	300,00€
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΣ ΜΟΝΗΣ - ΔΙΠΛΗΣ ΦΑΣΗΣ (ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟΥ ΤΟΥ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΗΣ ΕΠΙ ΤΟΥ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΒΒΑΤΜΑΝ)	950,00€
ΑΚΡΟΡΙΖΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗ ΕΜΦΡΑΞΗ	250,00€
ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑ	

ΟΜΑΔΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΟΥΛΙΤΙΔΟΣ ΑΝΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ	40,00€
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΟΣ (ΑΝΑ ΤΕΤΑΡΤΗΜΟΡΙΟ)	90,00€
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΟΣ (ΑΝΑ ΤΕΤΑΡΤΗΜΟΡΙΟ Η 6 ΠΡΟΣΘΙΑ ΔΟΝΤΙΑ)	180,00€
ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΤΩΝ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ	-30% ΕΚΠΤΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΙΜΟΚΑΤΑΛΟΓΟ
ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ	
ΜΕΛΕΤΗ-ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ (ΕΚΜΑΓΕΙΑ-ΚΕΦΑΛΟΜΕΤΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ)	80
ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	1800
ΑΟΡΑΤΟΙ ΝΑΡΘΗΚΕΣ	120
ΧΡΕΩΣΗ ΑΤΤΑΤCHMENT ΓΙΑ ΟΛΗ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ – ΑΟΡΑΤΟΙ ΝΑΡΘΗΚΕΣ	50
ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ	
ΚΙΝΗΤΟ ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΧΩΡΟΥ	150
ΑΚΙΝΗΤΟ ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΧΩΡΟΥ	150
ΕΤΕΡΟΠΛΕΥΡΟ ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΧΩΡΟΥ	150
ΑΜΦΙΤΕΡΟΠΛΕΥΡΟ ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΧΩΡΟΥ (ΓΛΩΣΣΙΚΟ ΤΟΞΟ)	150
ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΩΝ ΕΞΕΩΝ	150
ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ	
ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΑΝΑΚΤΗΣΗΣ ΧΩΡΟΥ	150
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΑΥΡΟΕΙΔΟΥΣ ΣΥΓΚΛΙΣΗΣ	150
ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΥΠΕΡΣΥΓΚΛΙΣΗΣ ή ΜΕΙΩΣΗ ΧΑΣΜΟΔΟΝΤΙΑΣ	150

Στα παραπάνω ποσά συμμετοχής Ασφαλισμένου περιλαμβάνονται όλες οι νόμιμες επιβαρύνσεις.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΙΚΟ (ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΟ) ΚΕΝΤΡΟ

Η χρήση του τηλεφωνικού κέντρου είναι υποχρεωτική σε περίπτωση που θέλετε να κάνετε χρήση υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένου και του ετήσιου τσεκ απ. Μπορείτε επίσης να απευθύνεστε στο Συντονιστικό Κέντρο για τον καλύτερο συντονισμό της εισαγωγής σας σε Νοσοκομείο ή ακόμα και για πληροφορίες σχετικά με τις ιατροφαρμακευτικές παροχές του προγράμματος. Έχετε πρόσβαση στο Συντονιστικό Κέντρο, **24 ώρες το 24ωρο, 365 ημέρες** το χρόνο, μέσω του τηλεφώνου **23130 84320**.

Σημειώσεις

α. Σε περίπτωση που η Ασφαλιστική Εταιρία, σε κάποια χρονική στιγμή και κάτω από ορισμένες συνθήκες, δεν επιμείνει στην αυστηρή εφαρμογή κάποιου όρου του Συμβολαίου, αυτό δεν μπορεί να ερμηνευτεί σαν παραίτηση της Ασφαλιστικής Εταιρίας από τον όρο αυτό. Δεν μπορεί ακόμη να ερμηνευτεί σαν τροποποίηση του σχετικού όρου, ούτε μπορεί να θεωρηθεί ότι ο όρος αυτός δεν θα εφαρμόζεται σε άλλη χρονική στιγμή ή συνθήκες.

β. Το Τμήμα Αποζημιώσεων της Ασφαλιστικής Εταιρίας διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει οποιοδήποτε έντυπο θεωρήσει αναγκαίο για τη διακρίβωση των συνθηκών κάθε αιτήματος αποζημίωσης.

γ. Για οποιαδήποτε αιτίαση οι πελάτες μπορούν να απευθύνονται στο Γραφείο Παραπόνων Πελατών της ALLIANZ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ Μ.Α.Α.Ε. (Λεωφ. Κηφισίας 274, 15232 Χαλάνδρι, τηλ. 210 8119784, email: complaints@europisti.gr

Επίσης, οι πελάτες μπορούν να απευθύνονται σε νόμιμα λειτουργούσες αρχές, όπως ενδεικτικά και όχι περιοριστικά, τη Γενική Γραμματεία Καταναλωτή, το Συνήγορο του Καταναλωτή ή την Τράπεζα της Ελλάδας, τηρουμένων τυχόν υπάρχουσών κατά περίπτωση νομίμων προθεσμιών.

δ. Οποιαδήποτε διαφορά προκύψει άμεσα ή έμμεσα από το ασφαλιστήριο συμβόλαιο, υπόκειται στην αποκλειστική αρμοδιότητα των Δικαστηρίων της Αθήνας. Κάθε αξίωση που πηγάζει από το ασφαλιστήριο συμβόλαιο, παραγράφεται μετά την παρέλευση της από το Νόμο προβλεπόμενης προθεσμίας.

Allianz Ευρωπαϊκή Πίστη Μ.Α.Α.Ε. Λεωφ. Κηφισίας 274,
152 32 Χαλάνδρι
Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών
+210 81 19 561
Ωρες Επικοινωνίας 09:30 - 13:30 www.allianz.gr

