

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**Premium Διάγνωση Extra****Κωδικός κάλυψης 30413****ΕΙΔΙΚΟΙ ΟΡΟΙ****Κωδικός Ειδικών Όρων: 30413 / 11.2019 / I.3. / Ind.L. / E.O.**

Η παρούσα Συμπληρωματική Κάλυψη διέπεται από τους παρόντες Ειδικούς Όρους καθώς και από τους Γενικούς Όρους Ζωής και τους Πρόσθετους Γενικούς Όρους Συμπληρωματικών Καλύψεων που είναι αναπόσπαστο μέρος του παρόντος Ασφαλιστηρίου.

Άρθρο 1. ΠΑΡΟΧΗ

1.1. Η Εταιρεία θα παρέχει στον Ασφαλισμένο τις υπηρεσίες που περιγράφονται στο Άρθρο 3. Τόπος παροχής συμφωνείται η ελληνική επικράτεια.

Επισημαίνεται ότι η παρούσα Συμπληρωματική Κάλυψη δεν μπορεί να θεωρηθεί σαν κάλυψη αξίωσης καταβολής αποζημίωσης, αν ο Ασφαλισμένος δαπανήσει χρήματα επειδή χρησιμοποίησε όμοιες ή παρόμοιες υπηρεσίες.

1.2. Η παροχή υπηρεσιών προς τον Ασφαλισμένο διενεργείται από Όμιλο Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών με την επωνυμία «ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΠΟΛΥΪΑΤΡΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» και τον διακριτικό τίτλο «ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ», που εδρεύει στην Αθήνα, επί της Λεωφόρου Κηφισίας αρ. 132, με τον οποίο η Εταιρεία έχει συνάψει Σύμβαση. Η Εταιρεία διατηρεί το δικαίωμα της αλλαγής του Ομίλου Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών εάν και όταν η ίδια το κρίνει απαραίτητο.

1.3. Η οποιαδήποτε χρήση από τον Ασφαλισμένο των υπηρεσιών που παρέχονται από την παρούσα Συμπληρωματική Κάλυψη δεν συνεπάγεται αυτόματα και τη δέσμευση της Εταιρείας για καταβολή ασφαλισματος, που αφορά στη βασική ασφάλιση ζωής ή σε άλλες Συμπληρωματικές Καλύψεις του παρόντος Ασφαλιστηρίου.

1.4. Προϋπόθεση για την ενεργοποίηση της παρούσας Συμπληρωματικής Κάλυψης είναι η προηγούμενη επικοινωνία του Ασφαλισμένου με το «Τηλεφωνικό Κέντρο εξυπηρέτησης πελατών για θέματα υγείας».

Άρθρο 2. ΟΡΙΣΜΟΙ**2.1. Διαγνωστικές εξετάσεις:**

Είναι οι αιματολογικές, βιοχημικές, μικροβιολογικές, κυτταρολογικές και απεικονιστικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται αποκλειστικά σε «Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο» ή στις «Κλινικές του Ομίλου», με βάση το αντίστοιχο «παραπεμπτικό σημείωμα» από εξειδικευμένο ιατρό.

2.2. Συμβεβλημένα Διαγνωστικά Κέντρα:

Είναι τα Διαγνωστικά Κέντρα που διαθέτει ή/και συνεργάζεται ο Όμιλος Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών, τα οποία είναι εξοπλισμένα με σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό και στελεχωμένα με εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό.

2.3. Κλινικές Ομίλου:

Είναι οι Κλινικές που διαθέτει ο Όμιλος «ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ».

2.4. Συμβεβλημένος ιατρός:

Είναι ο ιατρός που συνεργάζεται με τον Όμιλο Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών.

2.5. Κλινική εξέταση:

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

2.6. Έκτακτο περιστατικό:

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

2.7. Συμμετοχή Ασφαλισμένου

Είναι το ποσό με το οποίο συμμετέχει ο ασφαλισμένος στο κόστος των παροχών που περιγράφονται στο Άρθρο 3. του παρόντος.

2.8. Τηλεφωνικό Κέντρο εξυπηρέτησης πελατών για θέματα υγείας:

Είναι το τηλεφωνικό κέντρο, το οποίο λειτουργεί 24 ώρες το 24ωρο σε όλη τη διάρκεια του χρόνου και είναι στελεχωμένο με ομάδα ειδικών σε ιατρικά και ασφαλιστικά θέματα για την υποστήριξη και παρακολούθηση της σωστής εφαρμογής της παρούσας Συμπληρωματικής Κάλυψης. Το τηλεφωνικό κέντρο αποτελεί το κατ' εξοχήν αρμόδιο όργανο για την ενεργοποίηση και τον συντονισμό των επί μέρους παροχών της παρούσας κάλυψης. Επίσης παρέχει πληροφορίες προς τον ασφαλισμένο για το κόστος των εξετάσεων του συμφωνημένου τιμοκαταλόγου μεταξύ του Ομίλου «ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ» και της Εταιρείας, όπως περιγράφεται στο Άρθρο 3.

Άρθρο 3. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ – ΑΝΩΤΑΤΑ ΟΡΙΑ

3.1. Διαγνωστικές εξετάσεις

3.1.1. Αν συνεπεία Ατυχήματος ή Ασθενείας, κατά τη διάρκεια ισχύος της παρούσας κάλυψης, και με βάση παραπεμπτικό σημείωμα ιατρού ο Ασφαλισμένος είναι αναγκαίο να υποβληθεί σε εξωνοσοκομειακές διαγνωστικές εξετάσεις, η Εταιρεία υποχρεούται να καλύψει το κόστος των απαραίτητων εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνο στο Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο ή στις Κλινικές του Ομίλου Παροχής Υπηρεσιών και μέχρι του παρακάτω καθοριζόμενου ανωτάτου ορίου ανά ασφαλιστική περίοδο, τηρουμένης της διαδικασίας του Άρθρου 4. του παρόντος.

Το ανώτατο όριο των Διαγνωστικών Εξετάσεων για κάθε ένα Ασφαλισμένο, ανέρχεται σε χίλια (1.000) Ευρώ για κάθε ασφαλιστική περίοδο ως εξής:

Αν ο Ασφαλισμένος προσκομίζει παραπεμπτικό ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ, στα **Ιδιόκτητα Διαγνωστικά Κέντρα** ή στις **Κλινικές του Ομίλου**, η συμμετοχή του στην αξία των διαγνωστικών εξετάσεων που σήμερα καθορίζεται από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ σε δεκαπέντε τοις εκατό (15%) θα καλύπτεται από την Εταιρεία, υπό την προϋπόθεση ότι το ποσοστό αυτό παραμένει αμετάβλητο. Στην περίπτωση αυτή η αξία των διαγνωστικών εξετάσεων (τόσο η προβλεπόμενη από τον ΕΟΠΥΥ συμμετοχή, όσο και του υπολειπόμενου ποσού), δεν προσμετράται και δεν αναλώνει το ετήσιο όριο του Ασφαλισμένου.

Αν ο Ασφαλισμένος προσκομίζει παραπεμπτικό ιδιώτη ιατρού, Συμβεβλημένου ή μη, **συμμετέχει στο κόστος των Διαγνωστικών Εξετάσεων με ποσοστό (%) δέκα πέντε τοις εκατό (15%)**. Το ποσό που επιβαρύνεται ο Ασφαλισμένος και καταβάλλει απ' ευθείας στο Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο ή Κλινική του Ομίλου υπολογίζεται επί του **συμφωνημένου τιμοκαταλόγου μεταξύ του Ομίλου «ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ» και της Εταιρείας**. Στην περίπτωση που το κόστος των διαγνωστικών εξετάσεων υπερβεί το ανώτατο όριο της παρούσας κάλυψης, ο Ασφαλισμένος θα βαρύνεται με τη διαφορά την οποία θα καταβάλλει απευθείας στο Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο ή την Κλινική, η οποία θα υπολογίζεται επί του **συμφωνημένου τιμοκαταλόγου μεταξύ του Ομίλου «ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ» και της Εταιρείας**

3.1.2. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη διενέργεια των διαγνωστικών εξετάσεων είναι η προσκόμιση στο Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο ή Κλινική του Ομίλου από τον Ασφαλισμένο του σχετικού παραπεμπτικού σημειώματος του ιατρού (θεράπωντος) αντίστοιχης ειδικότητας, στο οποίο υποχρεωτικά θα αναγράφονται:

- Το ονοματεπώνυμο του προς εξέταση ασφαλισμένου προσώπου.
- Τα στοιχεία του δελτίου αστυνομικής ταυτότητας ή του διαβατηρίου του ή άλλου δημοσίου εγγράφου που να αποδεικνύει την ταυτοπροσωπία του ασφαλισμένου προσώπου.
- Οι ζητούμενες διαγνωστικές εξετάσεις αναλυτικά. (οι διαγνωστικές εξετάσεις, που συστήνονται πρέπει να είναι με βάση ιατρικά κριτήρια, οι ενδεδειγμένες για την παρουσιαζόμενη συμπτωματολογία).
- Ο λόγος για τον οποίο συστήνονται οι διαγνωστικές εξετάσεις (συμπτωματολογία, ασθένεια κ.λ.π.).
- Η ημερομηνία έκδοσης του παραπεμπτικού σημειώματος. Οι διαγνωστικές εξετάσεις καλύπτονται μόνον εφόσον πραγματοποιηθούν εντός ενός μηνός από την ημερομηνία έκδοσης του παραπεμπτικού, εκτός αν η μεταγενέστερη πραγματοποίησή τους επιβάλλεται από ιατρικούς λόγους.

Επίσης το παραπεμπτικό σημείωμα πρέπει απαραίτητα να φέρει τη σφραγίδα του θεράποντος ιατρού.

3.1.3. Οι διαγνωστικές εξετάσεις μοριακής βιολογίας και κυτταρογενετικής διενεργούνται μόνο στα ιδιόκτητα Διαγνωστικά Κέντρα και Κλινικές του Ομίλου Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών και πραγματοποιούνται με αποκλειστική χρηματική επιβάρυνση του Ασφαλισμένου (δεδομένου ότι εξαιρούνται σύμφωνα με το Άρθρο 5. του παρόντος), παρέχονται δε με έκπτωση είκοσι τοις εκατό (20%) επί του εκάστοτε ιδιωτικού τιμοκαταλόγου του Ομίλου Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών.

3.2. Ιατρικές επισκέψεις

3.2.1. Παρέχονται απεριόριστες προγραμματισμένες ιατρικές επισκέψεις κάθε ασφαλιστική περίοδο, χωρίς τη συμμετοχή του Ασφαλισμένου στο κόστος αυτών, όσον αφορά στις τρεις (3) βασικές ιατρικές ειδικότητες Παθολόγου, Καρδιολόγου και Γενικού Χειρουργού και οι οποίες θα πραγματοποιούνται αποκλειστικά στα εξωτερικά ιατρεία των Κλινικών του Ομίλου, ενώ στις υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες ο Ασφαλισμένος συμμετέχει στο κόστος με το ποσό των δέκα πέντε (15) Ευρώ.

3.2.2. Παρέχονται απεριόριστες προγραμματισμένες ιατρικές επισκέψεις κάθε ασφαλιστική περίοδο σε πανελλαδικό δίκτυο συμβεβλημένων ιατρών με ειδικές τιμές. Ειδικότερα:

- Για ιατρικές επισκέψεις στο ιατρείο, ο Ασφαλισμένος συμμετέχει στο κόστος κάθε ιατρικής επίσκεψης με το ποσό των δέκα πέντε (15) Ευρώ, το οποίο καταβάλλει απευθείας στον ιατρό έναντι έκδοσης νόμιμης απόδειξης.
- Για ιατρικές επισκέψεις του ιατρού στο σπίτι, ο Ασφαλισμένος συμμετέχει στο κόστος κάθε ιατρικής επίσκεψης με το ποσό των πενήντα (50) Ευρώ, το οποίο καταβάλλει απευθείας στον ιατρό έναντι έκδοσης νόμιμης απόδειξης.
- Για ιατρικές επισκέψεις του ιατρού στο σπίτι, εκτός ωραρίου και κατά τις αργίες, ο Ασφαλισμένος συμμετέχει στο κόστος κάθε ιατρικής επίσκεψης με το ποσό των εβδομήντα (70) Ευρώ, το οποίο καταβάλλει απευθείας στον ιατρό έναντι έκδοσης νόμιμης απόδειξης.

Διευκρινίζεται ότι η υπηρεσία των ιατρικών επισκέψεων στο σπίτι, παρέχεται μόνο στο λεκανοπέδιο Αττικής και στη Θεσσαλονίκη.

3.2.3. Για έκτακτα περιστατικά, ο Ασφαλισμένος συμμετέχει στο κόστος των ιατρικών επισκέψεων στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των Κλινικών του Ομίλου, σε όλες τις ιατρικές ειδικότητες, με το ποσό των τριάντα (30) Ευρώ, το οποίο καταβάλλει απευθείας στον ιατρό ή στην Κλινική έναντι έκδοσης νόμιμης απόδειξης.

Διευκρινίζεται ότι οι ιατρικές επισκέψεις που αναφέρονται ανωτέρω στα άρθρα 3.2.1, 3.2.2. και 3.2.3 δεν περιλαμβάνουν τις ιατρικές πράξεις αλλά αφορούν στην κλινική εξέταση του Ασφαλισμένου.

3.3. Προληπτικός ιατρικός έλεγχος (Check-Up)

Παρέχεται η δυνατότητα στον Ασφαλισμένο να υποβληθεί σε έναν εκ των τριών παρακάτω αναφερομένων προληπτικών ελέγχων υγείας (check-up), μία φορά κάθε ασφαλιστική περίοδο, αποκλειστικά στα Διαγνωστικά Κέντρα και στις Κλινικές του Ομίλου. Ειδικότερα παρέχονται:

3.3.1. Δωρεάν προληπτικός ιατρικός έλεγχος ενηλίκων:

Στον δωρεάν προληπτικό ιατρικό έλεγχο ενηλίκων περιλαμβάνονται περιοριστικά οι παρακάτω αναφερόμενες διαγνωστικές εξετάσεις:

γενική αίματος, ταχύτητα καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων, αιμοπετάλια, γενική ούρων, χοληστερόλη ολική, χοληστερόλη HDL, χοληστερόλη LDL, σάκχαρο, ουρία, ουρικό οξύ, τριγλυκερίδια, SGOT, SGPT καίtest pap για τις γυναίκες.

3.3.2. Προληπτικός ιατρικός έλεγχος για παιδιά:

Ο ανήλικος Ασφαλισμένος έχει τη δυνατότητα να πραγματοποιήσει προληπτικό ιατρικό έλεγχο στην ειδική τιμή των εκατό Ευρώ (€ 100) και ο οποίος περιλαμβάνει περιοριστικά τις εξής διαγνωστικές εξετάσεις:

γενική αίματος, γενική ούρων, ταχύτητα καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων, σάκχαρο, ουρία, ουρικό οξύ, κρεατινίνη, χοληστερόλη ολική, χοληστερόλη HDL, χοληστερόλη LDL, τριγλυκερίδια, SGOT, SGPT, γ-GT, ALP, σίδηρος, φερριτίνη, ηλεκτροκαρδιογράφημα και καρδιολογική εξέταση.

3.3.3. Προληπτικός ιατρικός έλεγχος για σακχαρώδη διαβήτη:

Ο Ασφαλισμένος έχει τη δυνατότητα να πραγματοποιήσει ιατρικό έλεγχο για τον σακχαρώδη διαβήτη στην ειδική τιμή των εκατόν είκοσι (120) Ευρώ και ο οποίος περιλαμβάνει περιοριστικά τις εξής ιατρικές εξετάσεις:

γενική αίματος, γενική ούρων, ταχύτητα καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων, σάκχαρο, ουρία, ουρικό οξύ, χοληστερόλη ολική, χοληστερόλη HDL, τριγλυκερίδια, SGOT, SGPT, γ-GT, ALP, σίδηρος, φερριτίνη, οφθαλμολογική εξέταση, ηλεκτροκαρδιογράφημα και καρδιολογική εξέταση.

3.4. Η Εταιρεία μέσω του Ομίλου Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών, παρέχει στον Ασφαλισμένο πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες με ειδικές τιμές ή έκπτώσεις, οι οποίες αναλυτικά περιγράφονται παρακάτω:

3.4.1. Ενδοσκοπικές πράξεις

Παρέχεται η δυνατότητα πραγματοποίησης συγκεκριμένων ενδοσκοπικών πράξεων όπως γαστρεντερολογικές, πνευμονολογικές, ουρολογικές, ΩΡΛ κ.α. καθώς και ενδοσκοπικούς υπέρηχους με προσωπική χρέωση του ασφαλισμένου σε προνομιακές τιμές, βάσει συμφωνημένου τιμοκαταλόγου μεταξύ του Ομίλου «ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ» και της Εταιρείας.

3.4.2. Νοσηλεία

Παρέχεται η δυνατότητα νοσηλείας με ειδικό ποσοστό έκπτωσης δέκα τοις εκατό (10%) στα έξοδα νοσηλείας στις Κλινικές του Ομίλου και με την επιπλέον παροχή δωρεάν μετακίνησης από και προς τις Κλινικές, σε περίπτωση εισαγωγής του Ασφαλισμένου. Διευκρινίζεται ότι στην ανωτέρω αναφερόμενη έκπτωση δεν συμπεριλαμβάνονται πάσης φύσεως υλικά, φάρμακα και αμοιβές ιατρών.

3.4.3. Αιμοληψία στο σπίτι μόνο εντός του Νομού Αττικής.

Ο Ασφαλισμένος συμμετέχει στο κόστος κάθε αιμοληψίας με το ποσό των δέκα (10) Ευρώ έναντι έκδοσης νόμιμης απόδειξης. Διευκρινίζεται ότι το ανωτέρω ποσό περιλαμβάνει το κόστος για την αιμοληψία και όχι το κόστος των εξετάσεων.

3.4.4. Νοσηλεία στο σπίτι για Αθήνα, Πειραιά και Θεσσαλονίκη από εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό

Παρέχεται στον Ασφαλισμένο έκπτωση δέκα τοις εκατό (10%).

Η νοσηλεία στο σπίτι περιλαμβάνει τις παρακάτω αναφερόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες:

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

Οι ανωτέρω υπηρεσίες θα παρέχονται στο σπίτι με εξαίρεση τις αιμοληψίες, οι οποίες, εφόσον είναι αναγκαίες, θα μπορούν να παρέχονται και στο χώρο εργασίας του Ασφαλισμένου.

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

3.4.5. Φυσιοθεραπείες, οι οποίες πραγματοποιούνται στα συνεργαζόμενα με την «ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ» φυσιοθεραπευτήρια ή από συνεργαζόμενους φυσιοθεραπευτές. Ο Ασφαλισμένος συμμετέχει στο κόστος κάθε συνεδρίας με είκοσι πέντε (25) Ευρώ, αν η συνεδρία πραγματοποιηθεί στο φυσιοθεραπευτήριο ή με τριάντα πέντε (35) Ευρώ, αν η συνεδρία πραγματοποιηθεί στο σπίτι έναντι έκδοσης νόμιμης απόδειξης.

3.4.6. Οδοντιατρικές πράξεις, οι οποίες θα πραγματοποιηθούν στο δίκτυο ιδιόκτητων και συνεργαζόμενων με τον Όμιλο Παροχής Υπηρεσιών οδοντιατρείων. Ο Ασφαλισμένος συμμετέχει στο κόστος με έκπτωση πενήντα τοις εκατό (50%) επί του εκάστοτε ιδιωτικού τιμοκαταλόγου.

Άρθρο 4. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Ο Ασφαλισμένος, ο οποίος θα κάνει χρήση των παροχών της παρούσας Συμπληρωματικής Κάλυψης, θα πρέπει προηγουμένως να επικοινωνήσει με το Τηλεφωνικό Κέντρο εξυπηρέτησης πελατών για θέματα υγείας, για ενημέρωσή του για τα Διαγνωστικά Κέντρα και τους Συμβεβλημένους Ιατρούς όπου θα πρέπει να απευθύνεται για τον καθορισμό της ημέρας και ώρας εξέτασης, αλλά και τη χρήση των υπολοίπων υπηρεσιών που αναλυτικά περιγράφονται στο Άρθρο 3.

Ο Ασφαλισμένος κατά την προσέλευσή του στο Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο ή Κλινική ή στον Συμβεβλημένο Ιατρό θα πρέπει να επιδεικνύει έγγραφο που αποδεικνύει την ταυτότητά του (π.χ. Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατήριο, Βιβλιário Ασθενοείας, αν πρόκειται για παιδί) και να γνωρίζει τα στοιχεία της ασφάλισής του (Αριθμός Ασφαλιστηρίου).

Για τη διενέργεια των διαγνωστικών εξετάσεων ο Ασφαλισμένος πρέπει να προσκομίζει στο Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο το παραπεμπτικό σημείωμα του ιατρού, ο οποίος συστήνει τις εξετάσεις, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο Άρθρο 3.1.2. της παρούσας Συμπληρωματικής Κάλυψης.

Άρθρο 5. ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ

Επιπλέον των εξαιρέσεων που αναφέρονται στο Άρθρο 3. των Πρόσθετων Γενικών Όρων Συμπληρωματικών Καλύψεων, από την παρούσα ασφάλιση, δεν καλύπτονται:

1. Διαγνωστικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται σε μη Συμβεβλημένα Διαγνωστικά Κέντρα ή Κλινικές, ακόμη και αν τα Συμβεβλημένα Διαγνωστικά Κέντρα ή οι Κλινικές του Ομίλου δεν έχουν τις προϋποθέσεις για την πραγματοποίηση αυτών των διαγνωστικών εξετάσεων, που πραγματοποιήθηκαν στα μη Συμβεβλημένα Διαγνωστικά Κέντρα ή μη Συμβεβλημένες Κλινικές.
2. Οι εξετάσεις που πραγματοποιούνται προληπτικά, εκτός του προληπτικού ελέγχου που αναφέρονται στο Άρθρο 3.3. του παρόντος.
3. Το κόστος των φαρμάκων που τυχόν χορηγούνται για τη διενέργεια διαφόρων διαγνωστικών εξετάσεων καθώς και οι αμοιβές των αναισθησιολόγων, όπου απαιτείται η παρουσία τους.
4. Οι ιατρικές εξετάσεις Κυτταρογενετικής Μοριακής διάγνωσης (εκτός των αναφερομένων στο Άρθρο 3.1.3. του παρόντος) καθώς και η άσκηση οποιασδήποτε μορφής εναλλακτικής ιατρικής.
5. Οι διαγνωστικές εξετάσεις και οι ιατρικές επισκέψεις που αφορούν διαθλαστικές παθήσεις των οφθαλμών.

Άρθρο 6. ΕΥΘΥΝΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Η Εταιρεία ουδεμία ευθύνη φέρει για την ποιότητα και την ορθότητα, σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, των υπηρεσιών που θα παρέχονται προς τον Ασφαλισμένο με την παρούσα Συμπληρωματική Κάλυψη από τον Όμιλο Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών και το πάσης φύσης προσωπικό του καθώς και για τις πράξεις ή τις τυχόν παραλείψεις του.

Άρθρο 7. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΣΧΥΟΣ ΤΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ

Η παρούσα Συμπληρωματική Κάλυψη ισχύει για ατυχήματα ή ασθένειες που υπέστη ο Ασφαλισμένος μετά την έναρξη ή επαναφορά σε ισχύ της ασφάλισης.

Η παρούσα κάλυψη παρέχεται έναντι πληρωμής ασφαλιστρών, το ύψος των οποίων αναγράφεται στο Ασφαλιστήριο.

Απαραίτητη προϋπόθεση για να ισχύει η Συμπληρωματική Κάλυψη, είναι να βρίσκεται σε ισχύ η Βασική Ασφάλιση Ζωής καθώς και η έγκαιρη καταβολή των εκάστοτε οφειλομένων ασφαλιστρών.

Άρθρο 8. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΙΣΧΥΟΣ ΤΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ

Η παρούσα Συμπληρωματική Κάλυψη ισχύει για ένα (1) έτος. Η ισχύς της λήγει την ημερομηνία λήξης ισχύος που αναγράφεται στον Πίνακα Παροχών και Ασφαλιστρών του Ασφαλιστηρίου Ζωής.

Η ισχύς της παρούσας Συμπληρωματικής Κάλυψης τερματίζεται με τον τερματισμό ισχύος της Βασικής Ασφάλειας Ζωής για οποιοδήποτε λόγο.

Άρθρο 9. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ

Πριν την εκάστοτε λήξη του Ασφαλιστηρίου Ζωής η Εταιρεία θα αποστέλλει στον Αντισυμβαλλόμενο ειδοποίηση που θα περιέχει τα νέα ασφαλιστρα που θα ισχύουν για την επόμενη ασφαλιστική περίοδο για την εν λόγω κάλυψη, καθώς και την ημερομηνία πληρωμής αυτών. Η πληρωμή των ασφαλιστρών μέχρι την ορισθείσα στην παραπάνω ειδοποίηση ημερομηνία πληρωμής, συνεπάγεται την ανανέωση της κάλυψης του Ασφαλισμένου με την συγκεκριμένη Συμπληρωματική Κάλυψη για μία ακόμα ασφαλιστική περίοδο, υπό την προϋπόθεση ότι έχει ανανεωθεί και η Βασική Ασφάλιση Ζωής σύμφωνα με τους όρους της. Η μη πληρωμή των ασφαλιστρών μέχρι και την ορισθείσα ημερομηνία πληρωμής, έχει ως συνέπεια την μη ανανέωση της παρούσας Συμπληρωματικής Κάλυψης. Τυχόν πληρωμή των ασφαλιστρών μετά την κατά τα ως άνω ορισθείσα ημερομηνία συνεπάγεται την εκ νέου απόδειξη της ασφαλισιμότητας του Ασφαλισμένου και δεν δημιουργεί υποχρέωση της Εταιρείας να ανανεώσει την παρούσα Συμπληρωματική Κάλυψη.

Η Εταιρεία διατηρεί το δικαίωμα στη λήξη του Ασφαλιστηρίου να τροποποιεί τους Όρους, τις Παροχές και το ύψος αυτών για το σύνολο των Ασφαλισμένων με την παρούσα Συμπληρωματική Κάλυψη. Διατηρεί επίσης το δικαίωμα να καταργήσει την παρούσα Συμπληρωματική Κάλυψη για το σύνολο των Ασφαλισμένων σε αυτή. Στην περίπτωση αυτή, η Εταιρεία θα διαθέτει παρεμφερές πρόγραμμα Συμπληρωματικής Κάλυψης και θα γνωστοποιήσει στον Αντισυμβαλλόμενο τους Όρους, τις Παροχές και τα ασφαλιστρα του Προγράμματος προκειμένου ο τελευταίος να αποφασίσει, αν επιθυμεί τη συνέχιση της ασφαλιστικής κάλυψης με το προτεινόμενο Πρόγραμμα (το οποίο θα αποτελεί Συμπληρωματική Κάλυψη της Βασικής Ασφάλισης Ζωής).