

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ
Premium Διάγνωση Ολοκληρωμένο Affidea
Κωδικός κάλυψης 30414
ΕΙΔΙΚΟΙ ΟΡΟΙ

Κωδικός Ειδικών Όρων: 30414 / 05.2019 / 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 «AFFIDEA ΕΥΡΩΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΙΡΑΙΑ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ – ΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε.» και τον διακριτικό τίτλο «Affidea», που εδρεύει στον Πειραιά, επί της οδού Ακτή Μουτσοπούλου 58, 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 ασφαλίματος, 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 «Διαγνωστικά Κέντρα» με βάση το αντίστοιχο «παραπεμπτικό σημείωμα» από εξειδικευμένο ιατρό.

2.2. 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. Συμβεβλημένος ιατρός:

Είναι ο ιατρός που συνεργάζεται με τον Όμιλο Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών, ο οποίος διενεργεί την κλινική εξέταση.

2.4. 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.

2.5. Επείγον 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.

2.6. Συμμετοχή Ασφαλισμένου

Είναι το ποσό με το οποίο συμμετέχει ο ασφαλισμένος στο κόστος της «ιατρικής επίσκεψης στο ιατρείο», της «ιατρικής επίσκεψης στο σπίτι», της «αιμοληψίας κατ' οίκον» και της «νοσηλείας στο σπίτι» και καταβάλλεται στον Ιατρό ή στον Νοσηλευτή.

2.7. 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 καθώς και για την ενημέρωση σχετικά με τη διεύθυνση των Συμβεβλημένων Διαγνωστικών Κέντρων.**

Άρθρο 3. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ – ΑΝΩΤΑΤΑ ΟΡΙΑ

3.1. Διαγνωστικές εξετάσεις

Αν συνεπεία Ατυχήματος ή Ασθένειας, κατά τη διάρκεια ισχύος της παρούσας κάλυψης, και με βάση παραπεμπτικό σημείωμα του θεράποντος 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 στα Διαγνωστικά Κέντρα τ 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 οκτακόσια Ευρώ (1.800) Ευρώ για κάθε ασφαλιστική περίοδο, χωρίς τη συμμετοχή του Ασφαλισμένου στο κόστος των εξετάσεων ως εξής:

3.1.1. Αν ο ασφαλισμένος προσκομίζει έγκυρο παραπεμπτικό ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ, στα **Διαγνωστικά Κέντρα**, 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. Το ποσό που αφαιρείται από το ανώτατο όριο των διαγνωστικών εξετάσεων θα υπολογίζεται επί του τιμοκαταλόγου του Δημοσίου (Φ.Ε.Κ).

Διευκρινίζεται ότι η ανωτέρω παροχή ισχύει υπό τις επιπλέον προϋποθέσεις:

α) ότι οι μεταξύ του Ομίλου Affidea και Ε.Ο.Π.Υ.Υ. συμβάσεις δεν τροποποιηθούν ή λυθούν μετά την ημερομηνία θέσεως σε ισχύ της παρούσας συμπληρωματικής κάλυψης,
β) ότι κατά τη στιγμή της προσέλευσης του Ασφαλισμένου στα Διαγνωστικά Κέντρα δεν έχει εξαντληθεί το τυχόν εγκεκριμένο από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. όριο των διαγνωστικών εξετάσεων που επιτρέπεται να διενεργεί κάθε ένα εκ των Διαγνωστικών Κέντρων.

3.1.2. Αν ο Ασφαλισμένος δεν προσκομίζει παραπεμπτικό ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ, τότε το ποσό που αφαιρείται από το ανώτατο όριο των διαγνωστικών εξετάσεων θα υπολογίζεται επί του συμφωνημένου με τον Όμιλο Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών τιμοκαταλόγου.

3.1.3. Σε περίπτωση που το κόστος των διαγνωστικών εξετάσεων υπερβεί το ανώτατο όριο της παρούσας κάλυψης, ο Ασφαλισμένος θα βαρύνεται με το κόστος των διαγνωστικών εξετάσεων ως εξής:

Στα Διαγνωστικά Κέντρα η συμμετοχή του στην αξία των διαγνωστικών εξετάσεων θα υπολογίζεται επί του τιμοκαταλόγου του Δημοσίου (Φ.Ε.Κ.) και για όσες εξετάσεις συμπεριλαμβάνονται σ' αυτόν. Για εξετάσεις που δεν καλύπτονται από τον τιμοκατάλογο του Δημοσίου (Φ.Ε.Κ.) θα παρέχεται έκπτωση πενήντα τοις εκατό (50%) επί του συμφωνημένου με τον Όμιλο Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών τιμοκαταλόγου .

3.1.4. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη διενέργεια των διαγνωστικών εξετάσεων είναι η προσκόμιση στο Διαγνωστικό Κέντρο από τον Ασφαλισμένο του σχετικού παραπεμπτικού σημειώματος του ιατρού αντίστοιχης ειδικότητας, στο οποίο υποχρεωτικά θα αναγράφονται:

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

- Η ημερομηνία έκδοσης του παραπεμπτικού σημειώματος. 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. Σημειώνεται ότι δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν διαγνωστικές εξετάσεις αν το παραπεμπτικό ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ, είναι εκπρόθεσμο.
- Επίσης το παραπεμπτικό σημείωμα πρέπει απαραίτητα να φέρει τη σφραγίδα του θεράποντος ιατρού.

3.2.Ιατρικές επισκέψεις

3.2.1. Ιατρικές επισκέψεις στο Ιατρείο

Σε περίπτωση ανάγκης ιατρικής βοήθειας, συνεπεία ασθενείας ή ατυχήματος, η Εταιρεία καλύπτει τον Ασφαλισμένο για ιατρικές επισκέψεις που θα πραγματοποιήσει αποκλειστικά και μόνο στα πολυιατρεία των ιδιόκτητων διαγνωστικών κέντρων της Affidea και στο Ιατρείο των Συμβεβλημένων Ιατρών με ανώτατο όριο τις δώδεκα (12) επισκέψεις ανά ασφαλιστική περίοδο, τηρουμένης της διαδικασίας του άρθρου 4. του παρόντος.

Ο Ασφαλισμένος συμμετέχει στο κόστος κάθε ιατρικής επίσκεψης με το ποσό των οκτώ (8) Ευρώ, το οποίο καταβάλλει απευθείας στον ιατρό έναντι έκδοσης νόμιμης απόδειξης.

3.2.2. Ιατρικές επισκέψεις στο σπίτι του Ασφαλισμένου

Σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού, εφόσον αυτό συμβεί σε απόσταση όχι μεγαλύτερη των δέκα (10) χιλιομέτρων από την πλησιέστερη πόλη ή περιοχή όπου υπάρχει Διαγνωστικό Κέντρο και εφόσον συντρέχει αντικειμενική αδυναμία μετακίνησης του Ασφαλισμένου, η Εταιρεία καλύπτει τα έξοδα ιατρικής επίσκεψης στο σπίτι του. Ο Ασφαλισμένος υποχρεούται να επικοινωνήσει με το Τηλεφωνικό Κέντρο εξυπηρέτησης πελατών για θέματα υγείας, μέσω του οποίου δίδονται οι πληροφορίες προκειμένου να εγκριθεί και να οργανωθεί η αποστολή Συμβεβλημένου Ιατρού ανάλογης ειδικότητας στο σπίτι του. Ο Ασφαλισμένος υποχρεούται επίσης να επιδείξει στον Συμβεβλημένο Ιατρό αποδεικτικά στοιχεία της ταυτότητάς του (π.χ. Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατήριο).

Καλύπτονται δώδεκα (12) ιατρικές επισκέψεις στο σπίτι ανά ασφαλιστική περίοδο.

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.

3.3.Νοσηλεία στο σπίτι

Η Εταιρεία, μέσω του Ομίλου Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών προσφέρει στον Ασφαλισμένο νοσηλευτικές υπηρεσίες, στις οποίες περιλαμβάνονται:

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 το διαγνωστικό έλεγχο για προληπτικούς λόγους υγείας, παρά μόνο το διαγνωστικό έλεγχο που σχετίζεται με ένα διαγνωσμένο πρόβλημα υγείας.

Καλύπτονται δώδεκα (12) νοσηλείες στο σπίτι ανά ασφαλιστική περίοδο.

Ο Ασφαλισμένος συμμετέχει στο κόστος για κάθε νοσηλεία στο σπίτι με το ποσό των πέντε (5) Ευρώ, το οποίο καταβάλλει απευθείας στο νοσηλευτή έναντι έκδοσης νόμιμης απόδειξης.

Η συγκεκριμένη υπηρεσία παρέχεται μόνο στην Αττική.

Η εντολή για κάθε επίσκεψη στο σπίτι, προκειμένου να παρασχεθούν νοσηλευτικές υπηρεσίες, θα πρέπει να δίδεται τουλάχιστον δώδεκα (12) ώρες πριν από την επιβεβλημένη χρονική στιγμή αντιμετώπισης του περιστατικού.

Ειδικά ορίζεται ότι για τη χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς, τη χορήγηση οξυγόνου με όλους τους τρόπους, την πλήρη παρεντερική θρέψη, τα θεραπευτικά λουτρά καθώς και τη βρογχική παροχέτευση εκκρίσεων, για τις οποίες απαιτείται γνωμάτευση ιατρού, αυτή θα πρέπει να προσκομίζεται στον Όμιλο Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών, μέσω τηλεομοιοτυπίας, διαφορετικά ο Όμιλος Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών δεν θα υποχρεούται στην παροχή της συγκεκριμένης υπηρεσίας.

Ο νοσηλευτής απαγορεύεται να προβαίνει με δική του πρωτοβουλία και χωρίς προηγούμενη εντολή του θεράποντος Ιατρού (έγγραφο όπου αυτή απαιτείται) σε οποιοδήποτε είδους μεταβολή της ακολουθούμενης θεραπευτικής αγωγής, σε περίπτωση δε έκτακτου και απρόβλεπτου περιστατικού κατά την επίσκεψή του στον Ασφαλισμένο υποχρεούται αφενός να αντιμετωπίσει το περιστατικό με κάθε επιμέλεια και σύμφωνα με την επαγγελματική δεοντολογία των νοσηλευτών, αφετέρου να ενημερώσει άμεσα τον θεράποντα Ιατρό.

3.4. Προληπτικός έλεγχος υγείας (check – up)

Παρέχεται η δυνατότητα στον Ασφαλισμένο να υποβληθεί σε προληπτικό έλεγχο υγείας (check-up), μία φορά κάθε ασφαλιστική περίοδο, αποκλειστικά στα Διαγνωστικά Κέντρα. Ειδικότερα παρέχονται:

3.4.1. Δωρεάν προληπτικός ιατρικός έλεγχος

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

Γενική αίματος, Γενική ούρων, Τ.Κ.Ε., Σάκχαρο, Ουρία, Ουρικό οξύ, Χοληστερίνη, HDL, LDL, Κρεατινίνη, Τριγλυκερίδια, Ολικά λιπίδια, Αιμοπετάλια, Αλκαλική φωσφατάση, γ – GT, Σίδηρος, SGOT, SGPT.

Οι εξετάσεις του ανωτέρω αναφερόμενου προληπτικού ελέγχου διενεργούνται όλες μαζί (ενιαία σαν πακέτο), χωρίς την προσκόμιση παραπεμπτικού και το κόστος τους δεν προσμετράται στο ανώτατο όριο των Διαγνωστικών Εξετάσεων.

3.4.2. Δωρεάν Προγεννητικός έλεγχος

Η Εταιρεία παρέχει στην Ασφαλισμένη τη δυνατότητα να πραγματοποιήσει ιατρικές εξετάσεις, που αφορούν στον έλεγχο της εγκυμοσύνης της, χωρίς τη συμμετοχή της στο κόστος των εξετάσεων, μία μόνο φορά για κάθε εγκυμοσύνη.

Οι εξετάσεις αυτές καλύπτονται μετά την παρέλευση δώδεκα (12) μηνών από την ημερομηνία έναρξης ισχύος ή την επαναφορά σε ισχύ της παρούσας συμπληρωματικής κάλυψης, υπό την προϋπόθεση ότι η εγκυμοσύνη είναι επιβεβαιωμένη. Σε περίπτωση ανανέωσης του Ασφαλιστηρίου, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο Άρθρο 9., δεν θα εφαρμοστεί εκ νέου η ανωτέρω αναφερόμενη περίοδος αναμονής.

Ο προγεννητικός έλεγχος περιλαμβάνει περιοριστικά τις παρακάτω αναφερόμενες εξετάσεις και οι οποίες πραγματοποιούνται όλες μαζί (ενιαία σαν πακέτο) και το κόστος τους δεν προσμετράται στο ανώτατο όριο των Διαγνωστικών Εξετάσεων:

Ομάδα Αίματος & Rhesus
Αντισώματα Ερυθράς IgG
Αντισώματα Ερυθράς IgM
Αντισώματα CMV IgG
Αντισώματα CMV IgM
Επιφανειακό Αντιγόνο(HbsAg)
Αντισώματα HIV
Αντισώματα Toxoplasma gondii IgG
Αντισώματα Toxoplasma gondii IgM
Αντιγόνα για Χλαμύδια (C.trachomatis)
Σάκχαρο
Ουρία
Κρεατινίνη
Γενική Αίματος
Ηλεκτροφόρηση Αιμοσφαιρίνης
Γενική Ούρων
Καλλιέργεια Κολπικού για κοινά μικρόβια
Καλλιέργεια Τραχηλικού για Μυκόπλασμα

3.4.3. Επιπλέον, παρέχονται πακέτα ιατρικών εξετάσεων σε προνομιακές τιμές, με χρηματική επιβάρυνση του Ασφαλισμένου, χωρίς την προσκόμιση ιατρικού παραπεμπτικού και τα οποία είναι:

Προληπτικός ιατρικός έλεγχος Θυρεοειδούς:

Ο Ασφαλισμένος έχει τη δυνατότητα να πραγματοποιήσει ιατρικό έλεγχο Θυρεοειδούς στην ειδική τιμή των πενήντα (50) Ευρώ και ο οποίος περιλαμβάνει περιοριστικά τις εξής ιατρικές εξετάσεις:

T3,T4, TSH, Υπερηχογράφημα Θυρεοειδούς.

Γυναικολογικός προληπτικός ιατρικός έλεγχος:

Η Ασφαλισμένη έχει τη δυνατότητα να πραγματοποιήσει γυναικολογικό προληπτικό ιατρικό έλεγχο στην ειδική τιμή των εβδομήντα (70 €) Ευρώ και ο οποίος περιλαμβάνει περιοριστικά τις εξής ιατρικές εξετάσεις:

Τεστ Παπανικολάου, Εξέταση Κολπικού Επιχρίσματος, Καλλιέργεια Κολπικού για Κοινά Μικρόβια, Υπερηχογράφημα γυναικολογικό διακοιλιακό, Υπερηχογράφημα Μαστών ή Μαστογραφία Αναλογική.

Σε περίπτωση που επιλεγεί ψηφιακή μαστογραφία, τότε το συνολικό κόστος ανέρχεται σε 100€.

Λιπιδαιμικός έλεγχος:

Ο Ασφαλισμένος έχει τη δυνατότητα να πραγματοποιήσει Λιπιδαιμικό ιατρικό έλεγχο στην ειδική τιμή των εξήντα Ευρώ (60 €) και ο οποίος περιλαμβάνει περιοριστικά τις εξής ιατρικές εξετάσεις:

Τριγλυκερίδια, Χοληστερίνη, HDL, LDL, SGOT, SGPT, CPK, C-Αντιδρώσα Πρωτεΐνη (hs CRP), Απολιποπρωτεΐνη A1 (APO A1), Απολιποπρωτεΐνη B (APO B), Θυρεοτρόπος Ορμόνη (TSH-3G).

Εξειδικευμένοι προληπτικοί έλεγχοι (check up):

Ο Ασφαλισμένος έχει τη δυνατότητα να πραγματοποιήσει τους παρακάτω αναφερόμενους Εξειδικευμένους προληπτικούς ελέγχους με έκπτωση δέκα τοις εκατό (10%) επί προνομιακού τιμοκαταλόγου, αποκλειστικά στα ιδιόκτητα διαγνωστικά κέντρα του Ομίλου Affidea οι οποίοι περιλαμβάνουν τις παρακάτω εξετάσεις.

Βασικό Check up, το οποίο περιλαμβάνει περιοριστικά τις εξής ιατρικές εξετάσεις: Γενική Αίματος, Γενική Ούρων, Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ), Σάκχαρο, Ουρία, Ολικά Λιπίδια, Ουρικό Οξύ, Χοληστερίνη, Κρεατινίνη, Αθρωματικός Δείκτης, Τριγλυκερίδια, HDL, LDL, Γ-gt, SGOT, SGPT.

Πλήρες Check up, το οποίο περιλαμβάνει περιοριστικά τις εξής ιατρικές εξετάσεις:

Γενική Αίματος, Γενική Ούρων, Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ), Σάκχαρο, Ουρία, Ουρικό Οξύ, Χοληστερίνη, Κρεατινίνη, Τριγλυκερίδια, HDL, LDL, Γ-gt, SGOT, SGPT, Σίδηρος Ορού, Φεριττίνη, Βιταμίνη B12, Φυλλικό οξύ, T3, T4, TSH, Γλυκοζυλιωμένη Αιμοσφαιρίνη

Καρδιολογικός Έλεγχος, ο οποίος περιλαμβάνει περιοριστικά τις εξής ιατρικές εξετάσεις:

Ηλεκτροκαρδιογράφημα Ηρεμίας, Δοκιμασία Κοπώσεως, Triplex Καρδιάς, Καρδιολογική Εξέταση

Έλεγχος Προστάτη, ο οποίος περιλαμβάνει περιοριστικά τις εξής ιατρικές εξετάσεις:

PSA, F-PSA, Ratio, Υπερηχογράφημα Προστάτη

Πλήρης μικροσκοπική & καλλιέργεια κολπικού υγρού, η οποία περιλαμβάνει περιοριστικά τις εξής ιατρικές εξετάσεις:

Μικροσκοπική Εξέταση (μύκητες, τριχομονάδες, κόκκους, neisser), Καλλιέργεια Αερόβια, Καλλιέργεια Αναερόβια, Mycoplasma Homnis, Ureaplasma Urealyticum, Chlamydia

Έλεγχος για οστεοπόρωση, ο οποίος περιλαμβάνει περιοριστικά τις εξής ιατρικές εξετάσεις:

Ca Αίματος, P Αίματος, Ca Ούρων 24ωρου, P Ούρων 24ωρου, VitD3 (OH)25, Μέτρηση Οστικής Πυκνότητας Οσφυικής Μοίρας Σπονδυλικής Στήλης ΟΜΣΣ, Μέτρηση Οστικής Πυκνότητας ισχίου

Έλεγχος για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοήματα, ο οποίος περιλαμβάνει περιοριστικά τις εξής ιατρικές εξετάσεις:

Αντισώματα έναντι Ηπατίτιδας Α, Αυστραλιανό Αντιγόνο (Ηπατίτιδα Β), Αντισώματα έναντι Ηπατίτιδας C, HIV

Πλήρης μικροσκοπική & καλλιέργεια σπέρματος, η οποία περιλαμβάνει περιοριστικά τις εξής ιατρικές εξετάσεις:

Μικροσκοπική Εξέταση (μύκητες, τριχομονάδες, κόκκους, neisser), Καλλιέργεια Αερόβια, Καλλιέργεια Αναερόβια, Mycoplasma Homnis, Ureaplasma Urealyticum, Chlamydia

Πλήρες Check up για παιδιά ηλικίας από ενός έως και επτά ετών (1-7) το οποίο περιλαμβάνει περιοριστικά τις εξής ιατρικές εξετάσεις:

Γενική Αίματος, Γενική Ούρων, Σάκχαρο, Ουρία, Σίδηρο, Φερριτίνη, TSH, Χοληστερίνη, Τριγλυκερίδια, HDL, LDL

Πλήρες Check up για παιδιά ηλικίας από οκτώ έως και δεκαπέντε ετών (8-15), το οποίο περιλαμβάνει περιοριστικά τις εξής ιατρικές εξετάσεις:

Γενική Αίματος, Γενική Ούρων, Σάκχαρο, Ουρία, Σίδηρο, Φερριτίνη, TSH, Χοληστερίνη, Τριγλυκερίδια, LDL, Σίδηρος, Αθηρωματικός Δείκτης, Λιπίδια, Αλκαλική Φωσφατάση, S.G.O.T., S.G.P.T., Γ-GT

3.5 Ανώδυνη Αιμοληψία

Παρέχεται στον Ασφαλισμένο η δυνατότητα δωρεάν χρήσης της υπηρεσίας «ΑΝΩΔΥΝΗ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ» αποκλειστικά και μόνο στα ιδιόκτητα διαγνωστικά κέντρα του Ομίλου Affidea.

3.6 Αιμοληψία κατ' οίκον

Ο Ασφαλισμένος έχει δικαίωμα να υποβληθεί σε αιμοληψία κατ' οίκον με χρέωση οκτώ (8) Ευρώ ανά αιμοληψία εντός των ορίων των νομών Αττικής, Θεσσαλονίκης, Χανίων, Ηρακλείου, Σπάρτης, Καβάλας, Καλαμάτας και Κοζάνης. Σε περίπτωση αιμοληψίας κατ' οίκον, την ημέρα του Σαββάτου, το κόστος διαμορφώνεται στην τιμή των δώδεκα (12) Ευρώ και ισχύει μόνο για το νομό της Αττικής.

Ο προγραμματισμός της συγκεκριμένης υπηρεσίας διενεργείται καθημερινά Δευτέρα έως Παρασκευή ως εξής:

Αττική: Δευτέρα – Παρασκευή 09:00-17:00, **Θεσσαλονίκη:** Δευτέρα – Παρασκευή 09:00-14:00, **Κοζάνη:** Δευτέρα – Παρασκευή 09:00-17:00, **Καβάλα:** Δευτέρα - Παρασκευή 08:00 - 21:00 , **Σάββατο** 09:00 - 14:00, **Ηράκλειο:** Δευτέρα - Παρασκευή 09:00 - 21:00, **Χανιά:** Δευτέρα – Παρασκευή 09:00-14:00, **Σπάρτη:** Δευτέρα – Παρασκευή 11:00-17:00, **Καλαμάτα:** Δευτέρα - Παρασκευή 09:00 - 19:00

3.7 Οδοντιατρικές πράξεις

Ο Ασφαλισμένος έχει δικαίωμα να λάβει υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας σε δίκτυο οδοντιάτρων (συνεργαζόμενο με την Affidea) με ειδικό ποσοστό έκπτωσης για κάθε οδοντιατρική πράξη πενήντα τοις εκατό (50%) επί του ιδιωτικού τιμοκαταλόγου οδοντιατρικών πράξεων.

3.8 Φυσικοθεραπευτική φροντίδα

Παρέχεται στον Ασφαλισμένο η δυνατότητα απεριόριστων συνεδρίων φυσικοθεραπείας με χρέωση είκοσι (20) Ευρώ ανά συνεδρία στο συνεργαζόμενο με την Affidea φυσικοθεραπευτήριο, και τριάντα (30) Ευρώ ανά συνεδρία κατ' οίκον από φυσικοθεραπευτή συνεργαζόμενου με την Affidea

3.9 Οφθαλμολογική Φροντίδα

Παρέχεται στον Ασφαλισμένο έκπτωση είκοσι τοις εκατό (20%) σε συνεργαζόμενο με τον Όμιλο Affidea δίκτυο οφθαλμολογικών κέντρων επί του εκάστοτε ιδιωτικού τιμοκαταλόγου του οφθαλμολογικού κέντρου και είκοσι πέντε τοις εκατό (25%) σε συνεργαζόμενο με τον Όμιλο Affidea δίκτυο καταστημάτων οπτικών.

3.10 Κέντρα τεχνητής γονιμοποίησης

Παρέχεται στον Ασφαλισμένο έκπτωση δέκα τοις εκατό (10%) σε συνεργαζόμενο με τον Όμιλο Affidea δίκτυο κέντρων τεχνητής γονιμοποίησης επί του εκάστοτε ιδιωτικού τιμοκαταλόγου του κέντρου τεχνητής γονιμοποίησης.

3.11 Κέντρα κοσμητικής ιατρικής

Παρέχεται στον Ασφαλισμένο σε περίπτωση ατυχήματος ή ασθένειας έκπτωση δεκαπέντε έως τριάντα τοις εκατό (15%-30%) σε συνεργαζόμενο με τον Όμιλο Affidea δίκτυο κέντρων κοσμητικής ιατρικής επί του εκάστοτε ιδιωτικού τιμοκαταλόγου του κέντρου κοσμητικής ιατρικής.

3.12 Κέντρα αποκατάστασης

Παρέχεται στον Ασφαλισμένο έκπτωση είκοσι τοις εκατό (20%) σε συνεργαζόμενο με τον Όμιλο Affidea δίκτυο κέντρων αποκατάστασης επί του εκάστοτε ιδιωτικού τιμοκαταλόγου του κέντρου αποκατάστασης.

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.

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

Για τη διενέργεια των διαγνωστικών εξετάσεων ο Ασφαλισμένος πρέπει να προσκομίζει στο Διαγνωστικό Κέντρο ή στον Συμβεβλημένο Ιατρό το παραπεμπτικό σημείωμα του ιατρού ο οποίος συστήνει τις εξετάσεις, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο Άρθρο 3.1.4. 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 δεν πραγματοποιούνται στα Διαγνωστικά Κέντρα , ακόμη και αν τα Διαγνωστικά Κέντρα δεν έχουν τις προϋποθέσεις για την πραγματοποίηση αυτών των διαγνωστικών εξετάσεων.
2. Οι εξετάσεις που πραγματοποιούνται ως προληπτικός έλεγχος, εκτός του προληπτικού ελέγχου που αναφέρονται στο Άρθρο 3.4. του παρόντος.

3. Το κόστος των φαρμάκων που τυχόν χορηγούνται για τη διενέργεια συγκεκριμένων διαγνωστικών εξετάσεων, οι αμοιβές των αναισθησιολόγων, όπου απαιτείται η παρουσία τους, καθώς και οι αμοιβές ιατρών που αφορούν ιατρικές πράξεις (δεν περιλαμβάνονται οι κλινικές εξετάσεις).
4. Οι διαγνωστικές εξετάσεις που αφορούν στη διάγνωση κληρονομικών επιβαρύνσεων, διερεύνηση μεταβολών στο ανθρώπινο γονιδίωμα ή πρόσμιξη γονιδιώματος άλλων μικροοργανισμών καθώς και η άσκηση οποιασδήποτε μορφής εναλλακτικής ιατρικής.
5. Οι διαγνωστικές εξετάσεις και οι ιατρικές επισκέψεις που αφορούν διαθλαστικές παθήσεις των οφθαλμών.
6. Οι ιατρικές εξετάσεις Κυτταρογενετικής Μοριακής διάγνωσης καθώς και η άσκηση οποιασδήποτε μορφής εναλλακτικής ιατρικής.
7. Διαγνωστικές Εξετάσεις που διενεργούνται αποκλειστικά και μόνο σε επίπεδο Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
8. Ιατρικές εξετάσεις που αφορούν σε προεγχειρητικό έλεγχο.
9. Ιατρικές εξετάσεις και ιατρικές επισκέψεις που απαιτούνται για την χορήγηση πιστοποιητικού υγείας για οποιοδήποτε λόγο.

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 ασφάλιστρα που θα ισχύουν για την επόμενη ασφαλιστική περίοδο για την εν λόγω κάλυψη, καθώς και την ημερομηνία πληρωμής αυτών. Η πληρωμή των ασφαλίσεων 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 ασφαλίσεων μέχρι και την ορισθείσα ημερομηνία πληρωμής, έχει ως συνέπεια την μη ανανέωση της παρούσας Συμπληρωματικής Κάλυψης. Τυχόν πληρωμή των ασφαλίσεων 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 ασφάλιστρα 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).

