

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**Premium Διάγνωση – Προνόμιο για όλους
Κωδικός κάλυψης 30420/30421/30422/30423
ΕΙΔΙΚΟΙ ΟΡΟΙ****Κωδικός Ειδικών Όρων: 30420/30421/30422/30423/ 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. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΛΥΨΗΣ

1.1. Η Εταιρεία θα παρέχει στον Ασφαλισμένο τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας που περιγράφονται στο Άρθρο 3 και στο Άρθρο 10 των παρόντων ειδικών όρων. 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 οποιαδήποτε χρήση από τον Ασφαλισμένο των υπηρεσιών υγείας που καλύπτονται 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.

1.3. 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 και μόνο σε Μέλη του Δικτύου με βάση αντίστοιχο παραπεμπτικό σημείωμα, που έχει εκδοθεί από ιατρό ανάλογης ειδικότητας.

2.2. Μέλος Δικτύου:

Κάθε Νοσοκομείο ή Διαγνωστικό Κέντρο ή Πολυϊατρείο, ή ιατρός ή Οδοντιατρείο ή Φυσιοθεραπευτήριο ή Ομοιοπαθητικός ή Βελονιστής ή Ψυχολόγος και οποιασδήποτε άλλης μορφής ιατρική εταιρεία που έχει αναλάβει να παρέχει υπηρεσίες υγείας στους Ασφαλισμένους της Ασφαλιστικής Εταιρείας δια σχετικής σύμβασης που έχει συνάψει με τη συνεργαζόμενη με την Ασφαλιστική Εταιρεία, εταιρεία **Health Net Management A.E.**

Τα Μέλη του Δικτύου μπορούν να μεταβάλλονται κατά τη διάρκεια ισχύος της Ασφάλισης. Ο κατάλογος που περιλαμβάνει τα Μέλη του Δικτύου είναι αναρτημένος στην ιστοσελίδα του αντισυμβαλλόμενου, www.healthnet.com.gr.

2.3. 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.

2.4. 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.

2.5. Συμμετοχή Ασφαλισμένου

Είναι το ποσό με το οποίο συμμετέχει ο Ασφαλισμένος στο κόστος των υπηρεσιών υγείας που περιγράφονται στους παρόντες ειδικούς όρους.

2.6. 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 τις εφημερεύουσες ειδικότητες που είναι διαθέσιμες σε κάθε Νοσοκομείο σε περίπτωση κάλυψης Έκτακτου Περιστατικού, για τις διαθέσιμες ειδικότητες των Νοσοκομείων για προγραμματισμένες ιατρικές επισκέψεις, για το ποσό Συμμετοχής του στις παροχές που εφαρμόζεται συμφωνημένος τιμοκατάλογος.

Άρθρο 3. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ– ΑΝΩΤΑΤΑ ΟΡΙΑ

3.1 Προγραμματισμένες Διαγνωστικές Ιατρικές εξετάσεις:

Αν συνεπεία ατυχήματος ή ασθένειας, κατά τη διάρκεια ισχύος της παρούσας κάλυψης και με βάση παραπεμπτικό σημείωμα ιατρού ο Ασφαλισμένος είναι αναγκαίο να υποβληθεί σε διαγνωστικές εξετάσεις, οι οποίες διενεργούνται αποκλειστικά και μόνο στα **Διαγνωστικά Κέντρα ή Πολυϊατρεία Μέλη του Δικτύου**, η Εταιρεία παρέχει κάλυψη ως εξής:

α) Αν ο Ασφαλισμένος προσκομίζει έγκυρο παραπεμπτικό ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., η συμμετοχή του στο κόστος ιατρικών εξετάσεων όπως αυτή καθορίζεται από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., καλύπτεται από την Εταιρεία σε ποσοστό εκατό τοις εκατό (100%), υπό την προϋπόθεση ότι α) το καθορισμένο από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ποσοστό συμμετοχής του Ασφαλισμένου επί των τιμών Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στο κόστος ιατρικών εξετάσεων δεν ξεπεράσει το 15% και β) τα Διαγνωστικά Κέντρα ή Πολυϊατρεία διατηρούν σε ισχύ, ενεργές αντίστοιχες συμβάσεις με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και σύμφωνα με τις εκάστοτε προϋποθέσεις που θέτει ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ή/και τα Μέλη του Δικτύου.

β) Αν ο Ασφαλισμένος δεν κάνει χρήση του παραπεμπτικού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και προσκομίζει παραπεμπτικό σημείωμα ιδιώτη ιατρού αντίστοιχης ειδικότητας τότε για ιατρικές εξετάσεις που περιλαμβάνονται στον κρατικό τιμοκατάλογο (ΦΕΚ) του παρέχεται έκπτωση από 15% έως 30% στο κόστος των εξετάσεων, επί των τιμών του κρατικού τιμοκαταλόγου (ΦΕΚ). Για ιατρικές εξετάσεις που δεν περιλαμβάνονται στον κρατικό τιμοκατάλογο (ΦΕΚ) παρέχεται έκπτωση πενήντα τοις εκατό (50%) επί των τιμών του εκάστοτε ισχύοντος ιδιωτικού τιμοκαταλόγου του Διαγνωστικού Κέντρου ή Πολυϊατρείου.

Το κόστος των φαρμάκων ή των αμοιβών ιατρών που πιθανόν απαιτηθούν για τη διενέργεια των ιατρικών εξετάσεων βαρύνει εξολοκλήρου τον Ασφαλισμένο.

Διευκρινίζεται ότι για τη διενέργεια επεμβατικών διαγνωστικών εξετάσεων και Διαγνωστικών Εξετάσεων, οι οποίες είτε πραγματοποιούνται σε εξειδικευμένα εργαστήρια, Μέλη του Δικτύου, είτε απαιτούν την παρουσία ιατρού και αναισθησιολόγου ή/και λήψη βιοψίας, το κόστος το επιβαρύνεται ο Ασφαλισμένος και υπολογίζεται βάσει συμφωνημένου τιμοκαταλόγου. Στην κατηγορία των παραπάνω εξετάσεων περιλαμβάνονται ενδεικτικά και όχι περιοριστικά οι ακόλουθες: MRI, Εξετάσεις Μοριακής Διάγνωσης (DNA), αλλεργικά tests, ενδοσκοπήσεις (γαστροσκόπηση, κολονοσκόπηση, βρογχοσκόπηση), Pet-Scan, εξειδικευμένες οφθαλμολογικές και γυναικολογικές εξετάσεις (OCT, φλουροαγγειογραφία, υπέρηχος αυχενικής διαφάνειας και Β επιπέδου).

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη διενέργεια των Διαγνωστικών Εξετάσεων, όπως περιγράφονται στις παραγράφους 3.1 α) και 3.1 β) είναι η προσκόμιση στα Διαγνωστικά Κέντρα ή Πολυϊατρεία, Μέλη του Δικτύου, 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 ταυτοποιεί τα στοιχεία του ασφαλισμένου προσώπου.
- Οι Διαγνωστικές Εξετάσεις που συστήνονται από τον ιατρό 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.

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

Οι Διαγνωστικές Εξετάσεις με παραπεμπτικό σημείωμα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., μπορούν να πραγματοποιηθούν μέχρι την ημερομηνία λήξης που αναγράφεται στο παραπεμπτικό.

Σε περίπτωση που ο Ασφαλισμένος δεν κάνει χρήση του παραπεμπτικού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και προσκομίζει παραπεμπτικό σημείωμα ιδιώτη ιατρού αντίστοιχης ειδικότητας τότε οι Διαγνωστικές Εξετάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν εντός ενός μηνός από την ημερομηνία έκδοσης του παραπεμπτικού, εκτός αν η μεταγενέστερη πραγματοποιήσή τους επιβάλλεται από ιατρικούς λόγους.

3.2 Κάλυψη έκτακτων περιστατικών σε συγκεκριμένα Νοσοκομεία μέλη του Δικτύου:

Για την αντιμετώπιση έκτακτου περιστατικού η Εταιρεία παρέχει κάλυψη ως εξής:

α) Στα Νοσοκομεία «Όμιλος ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΘΗΝΩΝ», «ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ» παρέχονται:

Απεριόριστες δωρεάν ιατρικές επισκέψεις, για κλινική εξέταση, στις εφημερεύουσες ειδικότητες του κάθε Νοσοκομείου.

Για Διαγνωστικές Εξετάσεις παρέχεται έκπτωση 85% επί των τιμών του εκάστοτε ισχύοντος ιδιωτικού τιμοκαταλόγου των ανωτέρω αναφερομένων Νοσοκομείων. Σε περίπτωση που για την αντιμετώπιση του έκτακτου περιστατικού απαιτηθούν ιατρικές πράξεις (π.χ. ράμματα-νάρθηκες κ.λ.π.) εφαρμόζεται για τις ιατρικές αυτές πράξεις έκπτωση 50% επί των τιμών του ιδιωτικού τιμοκαταλόγου κάθε Νοσοκομείου. Η έκπτωση δεν εφαρμόζεται για τον υπολογισμό του κόστους των αναλώσιμων, ειδικών υλικών (π.χ. ρυθμιζόμενοι νάρθηκες) και φαρμάκων.

β) Στα Νοσοκομεία «MEDITERRANEO HOSPITAL», «METROPOLITAN GENERAL», «METROPOLITAN HOSPITAL», «ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ», «ΙΑΣΩ ΠΑΙΔΩΝ», « ΒΟΥΓΙΟΥΚΛΑΚΕΙΟ», «Όμιλος ΕΥΡΩΚΑΙΝΙΚΗΣ», «EUROMEDICA ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ», «EUROMEDICA ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ ΘΕΣ/ΚΗΣ» παρέχονται:

Απεριόριστες δωρεάν ιατρικές επισκέψεις, για κλινική εξέταση, στις εφημερεύουσες ειδικότητες των Νοσοκομείων.

Δωρεάν Διαγνωστικές εξετάσεις μέχρι του ποσού των τριακοσίων Ευρώ (300€) ανά περιστατικό. Το ποσό των τριακοσίων ευρώ (300€) απομειώνεται βάσει του ιδιωτικού τιμοκαταλόγου των Νοσοκομείων. Σε περίπτωση που το κόστος των Διαγνωστικών εξετάσεων υπερβεί το ανώτατο όριο ο Ασφαλισμένος θα βαρύνεται ο ίδιος με το κόστος των Διαγνωστικών Εξετάσεων, το οποίο θα υπολογίζεται σε συμφωνημένο τιμοκατάλογο.

Σε περίπτωση που για την αντιμετώπιση του έκτακτου περιστατικού απαιτηθούν ιατρικές πράξεις (π.χ. ράμματα-νάρθηκες κ.λ.π.) παρέχεται έκπτωση 50% επί των τιμών του ιδιωτικού τιμοκαταλόγου κάθε Νοσοκομείου. Στην έκπτωση δεν περιλαμβάνονται αναλώσιμα, ειδικά υλικά (πχ. ρυθμιζόμενοι νάρθηκες) και φάρμακα.

3.3 Προγραμματισμένες ιατρικές επισκέψεις

Απεριόριστες ιατρικές επισκέψεις με σκοπό την κλινική εξέταση, συνεπεία ατυχήματος ή ασθένειας ως εξής:

α) Στα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων Μελών του Δικτύου σε συγκεκριμένες ειδικότητες ιατρών κάθε Νοσοκομείου με Συμμετοχή του Ασφαλισμένου, δέκα Ευρώ (10€) ανά επίσκεψη.

β) Στα εξωτερικά ιατρεία των παιδιατρικών Νοσοκομείων Μελών του Δικτύου σε συγκεκριμένες ειδικότητες ιατρών κάθε παιδιατρικού Νοσοκομείου με συμμετοχή του Ασφαλισμένου στο κόστος της ιατρικής επίσκεψης, που αφορά στην κλινική εξέταση, από τριάντα Ευρώ (30€) έως πενήντα Ευρώ (50€).

γ) Σε συγκεκριμένες ειδικότητες στα Διαγνωστικά Κέντρα ή Πολυϊατρεία με συμμετοχή του Ασφαλισμένου στο κόστος της ιατρικής επίσκεψης δέκα Ευρώ (10€), που αφορά στην κλινική εξέταση και στη συνταγογράφηση Διαγνωστικών Εξετάσεων στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

δ) Στα ιδιωτικά ιατρεία, Μέλη του Δικτύου με Συμμετοχή του Ασφαλισμένου στο κόστος της ιατρικής επίσκεψης, που αφορά στην κλινική εξέταση και στη συνταγογράφηση Διαγνωστικών Εξετάσεων στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., από δέκα πέντε Ευρώ (15€) μέχρι και είκοσι Ευρώ (20€).

3.4 Δωρεάν Προληπτικός έλεγχος (check-up) ανά ασφαλισμένο και ανά ασφαλιστικό έτος

Η Εταιρεία παρέχει στον Ασφαλισμένο τη δυνατότητα να πραγματοποιήσει έναν προληπτικό έλεγχο της υγείας του (Check – up), έναν Οφθαλμολογικό Έλεγχο και έναν Οδοντιατρικό έλεγχο μία φορά σε κάθε ασφαλιστικό έτος, χωρίς τη συμμετοχή του στο κόστος των ιατρικών εξετάσεων. Στον προληπτικό έλεγχο περιλαμβάνονται περιοριστικά οι παρακάτω αναφερόμενες ιατρικές εξετάσεις:

Προληπτικός έλεγχος (check-up): γενική αίματος, γενική ούρων, ΤΚΕ (ταχύτητα καθίζησης ερυθρών), ολική χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, HDL, LDL, σάκχαρο.

Οφθαλμολογικός έλεγχος: Έλεγχος οπτικής οξύτητας & διάθλασης στο Διαθλασίμετρο, Έλεγχος στη Σχισμοειδή λυχνία, Τονομέτρηση για Ασφαλισμένους άνω των 14 ετών.

Οδοντιατρικός έλεγχος: Έλεγχος στοματικής κοιλότητας, καθαρισμός οδόντων για ενήλικες και φθορίωση για παιδιά.

3.5 Οφθαλμολογική κάλυψη

Οφθαλμολογικές ιατρικές επισκέψεις και επεμβάσεις για διόρθωση Διαθλαστικών ανωμαλιών (Laser) με ενιαία συμμετοχή που κυμαίνεται από 1.000€ έως 1.600€ (ανάλογα με την μέθοδο που πραγματοποιείται, PRK, LASIK, FEMPTO) και αποκατάστασης καταρράκτη με ενιαία συμμετοχή για τον κάθε οφθαλμό, που κυμαίνεται από 600 € έως 750 € για τον κάθε έναν οφθαλμό, σε οφθαλμολογικά κέντρα, μέλη του Δικτύου. Για Οφθαλμολογικές πράξεις που διενεργούνται στα πλαίσια της κλινικής επίσκεψης παρέχεται έκπτωση 30% επί συμφωνημένου τιμοκαταλόγου.

3.6 Διαιτολογική / Διατροφολογική κάλυψη

Απεριόριστες ιατρικές επισκέψεις σε Διατροφολόγους ή Διαιτολόγους, Μέλη του Δικτύου, με Συμμετοχή του Ασφαλισμένου σε κάθε επίσκεψη είκοσι Ευρώ (20€).

3.7 Κάλυψη Εναλλακτικής / Ολιστικής ιατρικής

Απεριόριστες ιατρικές επισκέψεις ως εξής:

Στους Ομοιοπαθητικούς κατά την πρώτη ιατρική επίσκεψη η Συμμετοχή του Ασφαλισμένου είναι σαράντα Ευρώ (40€) και για τις επόμενες ιατρικές επισκέψεις είναι τριάντα Ευρώ (30€), ανά ιατρική επίσκεψη.

Στους Βελονιστές ιατρούς η Συμμετοχή του Ασφαλισμένου είναι είκοσι πέντε Ευρώ (25€), ανά ιατρική επίσκεψη.

3.8 Κάλυψη θεραπείας Λόγου – Ομιλίας και Μάθησης

Απεριόριστες Λογοθεραπευτικές συνεδρίες στα Λογοθεραπευτικά κέντρα, μέλη του Δικτύου, με συμμετοχή του Ασφαλισμένου είκοσι Ευρώ (20€), ανά συνεδρία.

3.9 Οδοντιατρική κάλυψη

Απεριόριστες Οδοντιατρικές πράξεις και επεμβάσεις στα Οδοντιατρικά κέντρα και Οδοντιατρεία, Μέλη του Δικτύου, με συμμετοχή του Ασφαλισμένου με έκπτωση έως και 50% βάσει συμφωνημένου τιμοκαταλόγου.

3.10 Φυσιοθεραπείες

Απεριόριστες προγραμματισμένες φυσιοθεραπευτικές πράξεις, που διενεργούνται σε Φυσιοθεραπευτικά κέντρα, Μέλη του Δικτύου, με Συμμετοχή του Ασφαλισμένου δέκα πέντε Ευρώ (15€), ανά συνεδρία.

3.11 Ψυχολογική υποστήριξη

Απεριόριστες επισκέψεις/συνεδρίες στους Ψυχολόγους, Μέλη του Δικτύου, με συμμετοχή του Ασφαλισμένου είκοσι πέντε Ευρώ (25€), ανά συνεδρία.

3.12 Κατ' οίκον επισκέψεις για κλινική εξέταση

Απεριόριστες επισκέψεις κατ' οίκον, για κλινική εξέταση του Ασφαλισμένου από ιατρό Μέλος του Δικτύου, αποκλειστικά και μόνο στις ειδικότητες του Παθολόγου, Ορθοπαιδικού, Γενικού ιατρού και Παιδιάτρου. Ο Ασφαλισμένος συμμετέχει στο κόστος κάθε ιατρικής επίσκεψης ιατρού με το ποσό των σαράντα Ευρώ (40€), εάν η επίσκεψη πραγματοποιηθεί τις καθημερινές από 08:00 π.μ μέχρι 22:00 μ.μ και με το ποσό των πενήντα Ευρώ (50€), εάν η επίσκεψη πραγματοποιηθεί το Σάββατο, ή την Κυριακή, ή τις αργίες ή τις καθημερινές από 22:00 μ. μ μέχρι 08:00 π. μ.. Το κόστος της επίσκεψης καταβάλλεται απευθείας στον ιατρό έναντι έκδοσης νόμιμης απόδειξης.

3.13 Αιμοληψία στο σπίτι

Αιμοληψία στο σπίτι, μόνο στις πρωτεύουσες των Νομών, με συμμετοχή του Ασφαλισμένου δέκα Ευρώ (10€). Διευκρινίζεται ότι το ανωτέρω ποσό αποτελεί τη Συμμετοχή του Ασφαλισμένου στο κόστος για την αιμοληψία και όχι στο κόστος των εξετάσεων, το οποίο επιβαρύνεται εξ ολοκλήρου ο Ασφαλισμένος.

Άρθρο 4. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Ο Ασφαλισμένος, ο οποίος επιθυμεί, στο πλαίσιο της παρούσας Συμπληρωματικής Κάλυψης, να του παρασχεθούν οι υπηρεσίες υγείας που αναλυτικά περιγράφονται στο Άρθρο 3 των παρόντων ειδικών όρων, θα πρέπει προηγουμένως να επικοινωνήσει με το Συντονιστικό Ιατρικό Τηλεφωνικό Κέντρο, για ενημέρωσή του για τα Διαγνωστικά Κέντρα, Πολυιατρεία, Νοσοκομεία και Ιατρούς, Μέλη του Δικτύου, όπου θα πρέπει να απευθύνεται για τον καθορισμό της ημέρας και ώρας εξέτασης.

Ο Ασφαλισμένος κατά την προσέλευσή του στα Διαγνωστικά Κέντρα, Πολυιατρεία, Νοσοκομεία και Ιατρούς, Μέλη του Δικτύου, 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 Συμβολαίου).

Επιπλέον σε περίπτωση χρήσης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ο Ασφαλισμένος θα πρέπει να προσκομίζει το βιβλιάριο του κύριου ασφαλιστικού φορέα (όπου αναγράφεται ο ΑΜΚΑ, ο αριθμός μητρώου και ο Α.Φ.Μ. του ασφαλισμένου).

Άρθρο 5. ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ

Δεν καλύπτονται :

1. Οι ιατρικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται προληπτικά, εκτός του προληπτικού ελέγχου (check-up) που αναφέρεται στο Άρθρο 3.4 των παρόντων ειδικών όρων.
2. Διαγνωστικές εξετάσεις, οι οποίες διενεργούνται αποκλειστικά και μόνο σε επίπεδο Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
3. Ιατρικές εξετάσεις που αφορούν σε προεγχειρητικό έλεγχο.

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 τα Μέλη του δικτύου και το πάσης φύσης προσωπικό τους καθώς και για τις πράξεις ή τις τυχόν παραλείψεις τους.

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 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).

Ακολουθούν οι όροι της κάλυψης ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ που παρέχεται από την INTER PARTNER ASSISTANCE βάσει του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου αρ. ΑΑ00253/18ΑΑ που έχει συνάψει με αυτή η Eurolife ERB Α.Ε.Α.Ζ..

Άρθρο 10. Παροχή Επείγουσας Υγειονομικής Μεταφοράς στην Ελλάδα

Άρθρο 10.1. Αντικείμενο: Το παρόν έχει ως αντικείμενο τον καθορισμό της κάλυψης της Επείγουσας Υγειονομικής Μεταφοράς στην Ελλάδα, που παρέχεται στους ασφαλισμένους της Eurolife ERB Α.Ε.Α.Ζ., που συμμετέχουν στο πρόγραμμα υγείας με την ονομασία «Premium Διάγνωση – Πρόνομο για όλους»

Άρθρο 10.2. Ορισμοί:

Ασφαλιστής / Πάροχος Ασφαλιστικής Κάλυψης: Η Ασφαλιστική Εταιρεία INTER PARTNER ASSISTANCE (Λ. Συγγρού αρ. 377 175 64 Παλαιό Φάληρο), η οποία έχει έδρα το Βέλγιο και ασκεί ασφαλιστικές και αντασφαλιστικές δραστηριότητες, διατηρεί δε υποκατάστημα στην Ελλάδα και έχει σύμφωνα με όσα προβλέπονται στην σχετική νομοθεσία, δικαίωμα ασκήσεως μέσω αυτού των ασφαλίσεων που προβλέπονται στο άρθρο 4 παρ. ιη του ν.4364/2016 (Κλάδος 18 Βοήθεια) καθώς και αντασφαλίσεων.

Αντισυμβαλλόμενος στο Ομαδικό Ασφαλιστήριο υπ' αριθμ. ΑΑ00253/18ΑΑ: Η Ασφαλιστική Εταιρεία Eurolife ERB Α.Ε.Α.Ζ., που αιτείται και αποδέχεται την Ομαδική Ασφάλιση και προσυπογράφει το Ομαδικό Ασφαλιστήριο.

Ασφαλισμένος: Ο κυρίως ασφαλισμένος και τα εξαρτώμενα μέλη του που συμμετέχουν στο πρόγραμμα υγείας με την ονομασία “ Premium Διάγνωση – Πρόνομο για όλους ” της Eurolife ERB Α.Ε.Α.Ζ., και έχει μόνιμη κατοικία στην Ελλάδα, και τα τέκνα του μέχρι τη συμπλήρωση της ηλικίας των 25 ετών.

Ατύχημα: Κάθε ξαφνικό απρόοπτο και βίαιο, περιστατικό εξωτερικό προς το θύμα, και ανεξάρτητο της θέλησής του, που αποτελεί την αιτία μιας σοβαρής σωματικής προσβολής.

Ασθένεια: Κάθε ξαφνική και απρόοπτη αλλοίωση της υγείας που εκδηλώνεται μετά πάροδο τριάντα (30) τουλάχιστον ημερών από την έναρξη του Ασφαλιστηρίου, διαπιστούμενη από αρμόδιο ιατρό.

Ζημιά: Κάθε περιστατικό επιδεκτικό να επιφέρει την επέμβαση της INTER PARTNER ASSISTANCE σύμφωνα με τα οριζόμενα στο παρόν.

Υγειονομικό Αεροσκάφος: Ειδικά διαμορφωμένο αεροσκάφος για την μεταφορά άρρωστων ή τραυματιών, που χρησιμοποιείται σε περιστάσεις επείγουσας ιατρικής ανάγκης όταν η κατάσταση της υγείας του ασθενούς ή του τραυματία το απαιτεί και υπό την προϋπόθεση ότι δεν είναι δυνατή η μεταφορά με άλλα μέσα, εξοπλισμένο με τα απαραίτητα μέσα παρακολούθησης και αντιμετώπισης της κατάστασης της υγείας του ασθενούς ή του τραυματία και επανδρωμένο με εξειδικευμένο προσωπικό για την παροχή ιατρικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της πτήσης.

Συντονιστικό Κέντρο: Ορίζεται το Συντονιστικό Κέντρο της INTER PARTNER ASSISTANCE, το οποίο είναι στελεχωμένο με άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό, το οποίο λειτουργεί 24 ώρες το εικοσιτετράωρο και για 365 ημέρες τον χρόνο, στο οποίο έχει την άμεση πρόσβαση ο Ασφαλισμένος ή κάθε πρόσωπο που ενεργεί αντ' αυτού προκειμένου να ενεργοποιήσει την κάλυψη της Επείγουσας Υγειονομικής Μεταφοράς, μέσω τηλεφώνου στον αριθμό **210 9303800**.

Άρθρο 10.3. Ισχύς της Κάλυψης: Η κάλυψη του παρόντος αρχίζει να ισχύει από την ημερομηνία ασφάλισης κάθε Ασφαλισμένου στο πρόγραμμα «Premium Διάγνωση – Πρόνομο για όλους» της EUROLIFE ERB ΑΕΑΖ.

Άρθρο 10.4. Γεωγραφικά Όρια: Η κάλυψη παρέχεται στην Ελλάδα, χωρίς χιλιομετρικό περιορισμό.

Άρθρο 10.5. Παροχή. Η INTER PARTNER ASSISTANCE παρέχει, σε κάθε ένα Ασφαλισμένο άτομο, επείγουσα υγειονομική μεταφορά για τις περιπτώσεις αιφνίδιας ασθένειας ή ατυχήματος στην Ελλάδα. Η INTER PARTNER ASSISTANCE δίνει τη δυνατότητα στον Ασφαλισμένο να επικοινωνεί, όλο το 24ωρο, 365 ημέρες το χρόνο με το Τηλεφωνικό Κέντρο Εξυπηρέτησης

Πελατών για Θέματα Υγείας, το οποίο αναλαμβάνει τον αναγκαίο συντονισμό των ενεργειών για την κάλυψη που παρέχεται με το παρόν πρόγραμμα.

10.5.1. Κάλυψη και Υποχρεώσεις της INTER PARTNER ASSISTANCE για την Επείγουσα Υγειονομική Μεταφορά

Σε περίπτωση που ο Ασφαλισμένος νοσηλεύεται σε νοσηλευτική μονάδα στην Ελλάδα, λόγω ατυχήματος ή ξαφνικής ασθένειάς του και εφόσον για την κατάλληλη αντιμετώπιση της κατάστασης της υγείας του απαιτείται με ιατρικά κριτήρια η μεταφορά του σε άλλη νοσηλευτική μονάδα στην Ελλάδα, η INTER PARTNER ASSISTANCE θα καλύψει την υγειονομική μεταφορά του στην πλησιέστερη κατάλληλη για την ιατρική αντιμετώπιση της κατάστασης της υγείας του νοσηλευτική μονάδα εντός της Ελλάδος, είτε χρησιμοποιώντας το δίκτυο της είτε καταβάλλοντας στον Ασφαλισμένο απολογιστικά το κόστος της υγειονομικής μεταφοράς του, εφόσον αυτός αιτηθεί από το Συντονιστικό Κέντρο της INTER PARTNER ASSISTANCE, την παραπάνω μεταφορά, η οποία θα πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τους όρους του παρόντος.

Οι ιατροί της INTER PARTNER ASSISTANCE:

- 1) Ενημερώνονται για την κατάσταση της υγείας του Ασφαλισμένου.
- 2) Συνεργάζονται με το θεράποντα ιατρό και τον ιατρό που του παρέχει τις πρώτες βοήθειες.
- 3) Λαμβάνουν τις ενδεδειγμένες αποφάσεις ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς, σχετικά με την πραγματοποίηση ή μη της υγειονομικής μεταφοράς, τον χρόνο που αυτή θα πραγματοποιηθεί καθώς και το μέσο που θα χρησιμοποιηθεί.
- 4) Ελέγχουν αν το αίτιο, που προκάλεσε το αίτημα μεταφοράς, προϋπήρχε της ασφάλισης του Ασφαλισμένου και ήταν γνωστό από τον Ασφαλισμένο και σε θετική περίπτωση δεν παρέχεται η κάλυψη του παρόντος. Στο πλαίσιο αυτό ενημερώνονται από το θεράποντα ιατρό για το πλήρες ιατρικό ιστορικό που δήλωσε ο Ασφαλισμένος κατά την εισαγωγή του στη νοσηλευτική μονάδα, λαμβάνοντας υπόψη την ιατρική αναφορά του θεράποντος ιατρού, τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων, την ιατρική βιβλιογραφία όσον αφορά στη φυσική πορεία της νόσου, το βιβλιάριο υγείας εάν υπάρχει και είναι διαθέσιμο ή ζητούν πρόσβαση στον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο του Ασφαλισμένου.

Οι ανωτέρω αποφάσεις των ιατρών της INTER PARTNER ASSISTANCE είναι δυνατόν να επιφέρουν την ενεργοποίηση της κάλυψης που περιγράφεται στο παρόν. Η μη δικαιολογημένη απόρριψη των ανωτέρω υπό στοιχείο 3 αποφάσεων εκ μέρους του Ασφαλισμένου μπορεί να επισύρει την απώλεια του δικαιώματος κάλυψης του συγκεκριμένου περιστατικού.

Η INTER PARTNER ASSISTANCE, εάν παρίσταται ανάγκη, αναλαμβάνει, (ανάλογα με την κατάσταση του Ασφαλισμένου), την οργάνωση και τα έξοδα μεταφοράς του στην πλησιέστερη καταλληλότερη για την αντιμετώπιση της κατάστασης της υγείας του νοσηλευτική μονάδα του τόπου συμβάντος, βασιζόμενη στην περιγραφή της κατάστασης του ασθενούς από τον θεράποντα ιατρό ή / και τον ιατρό που του παρέχει τις πρώτες βοήθειες.

Η κάλυψη παρέχεται μέχρι 3 φορές ανά ασφαλιστικό έτος και ανά ασφαλισμένο.

Μέσα Μεταφοράς: Σε όλες τις περιπτώσεις, η επιλογή του μέσου μεταφοράς γίνεται από τους ιατρούς της INTER PARTNER ASSISTANCE και τους θεράποντες ιατρούς και υπαγορεύεται αποκλειστικός από απόψεως ιατρικής και τεχνικής φύσης. Η μεταφορά ενεργείται με αεροσκάφος γραμμής, ελικόπτερο, ασθενοφόρο όχημα, ταξί ή άλλο πρόσφορο μέσο. Σε περίπτωση που η μεταφορά αποδειχθεί ιατρικώς αδύνατη με αεροσκάφος της γραμμής, θα πραγματοποιηθεί με ιδιωτικό υγειονομικό αεροσκάφος, εφόσον είναι διαθέσιμο και επιτρέπεται η χρήση του, σύμφωνα με τις επικρατούσες καιρικές συνθήκες.

Άρθρο 10.6. Υποχρεώσεις του Ασφαλισμένου

10.6.1. Αναγγελία για παροχή Επείγουσας Υγειονομικής Μεταφοράς

10.6.1.1. Για να μπορέσει να επέμβει η INTER PARTNER ASSISTANCE το συντομότερο δυνατό, ο Ασφαλισμένος ή κάθε πρόσωπο που ενεργεί αντ' αυτού και στη θέση του, θα πρέπει να αναφέρει από το τηλέφωνο:

- α.** Το ονοματεπώνυμο του Ασφαλισμένου του προγράμματος “ Premium Διάγνωση – Προνόμιο για όλους ” της Eurolife ERB ΑΕΑΖ και τον τόπο μόνιμης κατοικίας του.
- β.** Το όνομα, τη διεύθυνση και τον αριθμό τηλεφώνου του νοσοκομείου που βρίσκεται ο ασθενής.
- γ.** Το ονοματεπώνυμο, τη διεύθυνση και τον αριθμό τηλεφώνου του θεράποντα ιατρού.

10.6.1.2. Ελεύθερη είσοδος των Ιατρών της INTER PARTNER ASSISTANCE: Οι εξουσιοδοτημένοι, ιατροί της INTER PARTNER ASSISTANCE θα πρέπει, να έχουν ελεύθερη πρόσβαση στον Ασφαλισμένο για την διαπίστωση της κατάστασής του.

10.6.2 Περιορισμός Επιζημιών επιδράσεων: Ο Ασφαλισμένος ή τα άτομα που ενεργούν αντ' αυτού οφείλουν, να χρησιμοποιήσουν κάθε μέσο που διαθέτουν για να περιορίσουν τις επιζημιές επιδράσεις από το ατύχημα ή ξαφνική ασθένεια από την ώρα του συμβάντος.

10.6.3 Εξοφλήσεις – Αποζημιώσεις

Σε περίπτωση επέλευσης του ασφαλιζόμενου κινδύνου, ο δικαιούχος ή οποιοσδήποτε ενεργεί αντ' αυτού οφείλει να έλθει σε άμεση επαφή με την INTER PARTNER ASSISTANCE. Έτσι δεν αναλαμβάνονται ή δεν εξοφλούνται δαπάνες που δεν συνδέονται με την προβλεπόμενη κάλυψη του παρόντος ή δεν προ-εγκρίθηκαν από την INTER PARTNER ASSISTANCE. Επίσης, δεν παρέχεται το δικαίωμα συμφωνίας ή χρήσης υπηρεσιών ή μέσων από οποιονδήποτε τρίτο, ούτε το δικαίωμα απαίτησης του ποσού που κατέλαβε ο δικαιούχος άνευ έγκρισης της INTER PARTNER ASSISTANCE.

Τυχόν εξοφλήσεις όταν και εφόσον αυτές προβλέπονται και εγκρίνονται από την INTER PARTNER ASSISTANCE, γίνονται είτε στην έδρα της στην Αθήνα μόνο βάσει νόμιμων αποδείξεων, είτε μέσω web banking, είτε με έκδοση και αποστολή επιταγής.

Άρθρο 10.7. Ιατρικές Μεταφορές και Νομοθεσία

Δεσμεύσεις: Διευκρινίζεται ότι η INTER PARTNER ASSISTANCE κατά την παροχή της κάλυψης δεσμεύεται από τους σχετικούς νομοθετικούς, διοικητικούς, υγειονομικούς κανόνες που ισχύουν στην Ελλάδα.

Άρθρο 10.8. Εξαιρέσεις

Εξαιρέσεις κάλυψης Επείγουσας Υγειονομικής Μεταφοράς

1) Ο Ασφαλισμένος δεν δικαιούται αποζημίωση για έξοδα που πληρώθηκαν κατ' ευθείαν από αυτόν χωρίς προηγούμενη έγκριση του Ασφαλιστή.

2) Επί πλέον δεν καλύπτονται τα ατυχήματα, ασθένειες και ζημιές συνεπεία:

α) Εισβολής ή επιδρομής εχθρού, εξωτερικού ή εμφύλιου πολέμου, πολιτικών ή στρατιωτικών στάσεων και ταραχών, τρομοκρατικών ενεργειών ή ενεργειών με σκοπό τον έλεγχο, την πρόληψη ή την καταστολή τρομοκρατικής ενέργειας.

β) Διάπραξης ή απόπειρας για διάπραξη εγκλήματος ή άδικης επίθεσης ή χρήσης εκρηκτικών υλών από μέρους του Ασφαλισμένου.

γ) Συμμετοχής σε αγώνες, συναγωνισμούς και στοιχήματα ταχύτητας με μηχανικά μέσα, προπονήσεις ή αγώνες επαγγελματικών ή ερασιτεχνικών αθλητικών σωματείων, επιδείξεις ή στρατιωτικά γυμνάσια των Ενόπλων Δυνάμεων οποιασδήποτε χώρας ή οργανισμού, αναρριχήσεις, πτήσεις με σχοινιά, αιωροπτερισμό, ανεμοπτερισμό, πτήσεις με αερόστατο ή αλεξίπτωτο, καταδύσεις, αγώνες πάλης, πυγμαχίας και κάθε μορφής πάλη.

δ) Μέθης, χρήσης ναρκωτικών και παραισθησιογόνων ουσιών.

ε) Συμμετοχής σε επιθέσεις πλην της περίπτωσης άμυνας.

στ) Αμέσως ή εμμέσως προξενηθείσες ή αποδιδόμενες ή προερχόμενες εξ' ιονιζουσών ακτινοβολιών ή εκ μόλυνσης λόγω ραδιενέργειας από οποιοδήποτε πυρηνικό καύσιμο ή από οποιοδήποτε πυρηνικό απόρριμμα ή άλλα πυρηνικά αντικείμενα.

ζ) Κύησης, η αποβολής, η άμβλωσης και των επιπλοκών τους.

η) Ψυχικών, διανοητικών ή νευρικών διαταραχών συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένων οποιωνδήποτε νευρώσεων ή ψυχοσωματικών εκδηλώσεων τους.

θ) Αυτοκτονίας ή απόπειρας αυτοκτονίας του Ασφαλισμένου.

ι) Αλκοολικής ηπατοπάθειας και μέθης οδηγού, όπως αυτή προσδιορίζεται από την ισχύουσα νομοθεσία περί οδικής κυκλοφορίας, τροχαίο ατύχημα οδηγού όταν εκείνος οδηγεί και δεν έχει δίπλωμα της αντίστοιχης κατηγορίας οχήματος.

ια) Ατυχημάτων κατά την εκτέλεση στρατιωτικής θητείας του Ασφαλισμένου στις ένοπλες δυνάμεις οποιασδήποτε χώρας ή οργανισμού.

ιβ) Χρήσης ναρκωτικών και ναρκωτικών ουσιών, εκτός αυτών που λαμβάνονται κατόπιν ιατρικής συνταγής καθώς και σε περίπτωση χρόνιου αλκοολισμού.

ιγ) Επεμβάσεων αλλαγής φύλου, εθελούσιας στέρωσης ή ανατροπής της, αντισυλληπτικών μεθόδων, διάγνωσης και θεραπείας υπογονιμότητας – στειρότητας και τεχνητής γονιμοποίησης και επιπλοκών αυτών.

ιδ) Όλων των ειδών εναλλακτικών, πειραματικών, μη αναγνωρισμένων ή αναπόδεικτων ως προς την αποτελεσματικότητά τους θεραπειών και φαρμακευτικών αγωγών που δεν είναι ιατρικά αποδεκτές, εκτός και αν υπάρχει έγκριση από τον ιατρό της Εταιρείας.

ιε) Συνδρόμου επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (AIDS).

ιστ) Αντιμετώπισης της παχυσαρκίας οποιασδήποτε μορφής με θεραπείες ή χειρουργικές επεμβάσεις.

ιζ) Επιληπτικών κρίσεων και συνεπειών αυτής.

ιη) Ιατρικών ή χειρουργικών παθήσεων που μπορούν να νοσηλευτούν ακινδύνως επί τόπου σε βραχύ χρονικό διάστημα.

ιθ) Παθήσεων, για τις οποίες μία μεταφορά θα μπορούσε να αποτελέσει ένα μείζονα κίνδυνο.

κ) Ιατρικών παθήσεων και κακώσεων των οποίων η εμφάνιση είναι προγενέστερη της έναρξης ασφάλισης στο πρόγραμμα “ Premium Διάγνωση – Πρόνομο για όλους ” της Eurolife ERB AEAZ.

3) Δεν αναλαμβάνονται δαπάνες που δεν συνδέονται με τις παροχές της παρούσας Ασφάλισης, οι οποίες θα είχαν πραγματοποιηθεί ακόμη και αν δεν είχε επέλθει ο ασφαλιστικός κίνδυνος όπως αυτός περιγράφεται στα εκάστοτε Άρθρα του παρόντος.

4) Η INTER PARTNER ASSISTANCE πλην της αποζημίωσης της οποίας οι όροι και προϋποθέσεις ορίζονται στα σχετικά Άρθρα δεν ευθύνεται για οποιαδήποτε άμεση, έμμεση, συμπτωματική, ειδική, περιουσιακή ή παρεπόμενη ζημία η οποία προκύπτει λόγω τυχόν επέλευσης των ασφαλιστικών περιπτώσεων.

Άρθρο 10.9. Εφαρμοστέο Δίκαιο – Ευθύνη της INTER PARTNER ASSISTANCE

10.9.1. Εφαρμοστέο Δίκαιο: Κάθε διαφορά που προκύπτει σχετικά με την εφαρμογή και ερμηνεία του παρόντος καθώς και για τα εκατέρωθεν δικαιώματα και υποχρεώσεις ρητά συμφωνείται ότι υπόκειται στην δικαιοδοσία των αρμόδιων δικαστηρίων της Αθήνας και εκδικάζεται από αυτά. Εφαρμοστέο δίκαιο είναι το Ελληνικό.

10.9.2. Ευθύνη της INTER PARTNER ASSISTANCE: Η INTER PARTNER ASSISTANCE δεν μπορεί να θεωρηθεί ως υπεύθυνη τυχόν καθυστερήσεων κατά την εκτέλεση των συμφωνηθέντων υπηρεσιών: σε περίπτωση απεργίας, εκρήξεως,

στάσεως, λαϊκών κινημάτων, περιορισμού στην ελευθερία κυκλοφορίας, δολιοφθοράς, τρομοκρατίας, εμφυλίου η εξωτερικού πολέμου, εκπομπής θερμότητας, ραδιενέργειας ή σε κάθε περίπτωση ανωτέρας βίας. Ρητά συμφωνείται ότι η INTER PARTNER ASSISTANCE δεν θα παρέχει κάλυψη και δεν υποχρεούται να πληρώσει οποιαδήποτε ζημία ή να παράσχει οποιαδήποτε υπηρεσία στο πλαίσιο του παρόντος προγράμματος ασφάλισης, εφόσον η παροχή της εν λόγω ασφαλιστικής κάλυψης, η πληρωμή της εν λόγω ζημίας ή η παροχή των εν λόγω υπηρεσιών δύναται να εκθέσει την INTER PARTNER ASSISTANCE σε κίνδυνο να επιβληθούν σε βάρος της κυρώσεις, απαγορεύσεις ή περιορισμοί σύμφωνα με τις αποφάσεις των Ηνωμένων Εθνών ή τις εμπορικές ή οικονομικές κυρώσεις, τους νόμους ή τους κανονισμούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης, του Ηνωμένου Βασιλείου και των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής.

Άρθρο 10.10. Ευθύνη και δικαιώματα της Eurolife ERB A.E.A.Z: Η Eurolife ERB A.E.A.Z διατηρεί το δικαίωμα να καταργήσει την κάλυψη που θα παρέχεται προς τους Ασφαλισμένους από την INTER PARTNER ASSISTANCE ή να αλλάξει τον Πάροχο/ασφαλιστική εταιρεία με τον οποίο είναι συμβεβλημένη ή/και να μεταβάλει την κάλυψη αφού προηγουμένως ενημερώσει σχετικά τους Ασφαλισμένους. Η Eurolife ERB A.E.A.Z. ουδεμία ευθύνη φέρει για την ποιότητα και την ορθότητα σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης των υπηρεσιών που θα προσφέρονται στον Ασφαλισμένο από την INTER PARTNER ASSISTANCE ή το πάσης φύσεως προσωπικό της καθώς και για τις πράξεις ή τις τυχόν παραλείψεις τους.

Άρθρο 10.11 Υποκατάσταση: Η INTER PARTNER ASSISTANCE υποκαθίσταται μέχρι του ποσού της κάλυψης που καταβλήθηκε από αυτή, στα δικαιώματα και τις πράξεις του Ασφαλισμένου κατά παντός υπευθύνου της ζημίας.

Άρθρο 10.12. Παραγραφή: Όλες οι απαιτήσεις προερχόμενες από το παρόν παραγράφονται εντός πέντε (5) ετών από την ημερομηνία την οποία έλαβε χώρα το γεγονός, διακοπτόμενης της παραγραφής στις περιπτώσεις που προβλέπει ο Αστικός Κώδικας.