

ΚΑΛΥΨΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η Εταιρία καλύπτει ανεξάρτητα από άλλες ασφαλιστικές καλύψεις για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, συνεπεία ατυχήματος ή ασθένειας, σύμφωνα με όσα περιγράφονται στον όρο 2 της παρούσας.

1. ΟΡΙΣΜΟΙ

- **«Εταιρία (Ασφαλιστική Επιχείρηση)» :** η GROUPAMA ΦΟΙΝΙΞ Ανώνυμη Ελληνική Ασφαλιστική Εταιρία.
 - **«Συμβαλλόμενος (Λήπτης της Ασφάλισης)» :** Το φυσικό ή νομικό πρόσωπο, το οποίο συνάπτει την ασφάλιση με την Εταιρία και υποχρεούται στην πληρωμή του ασφαλιστήριου.
 - **«Ασφαλιστήριο» :** Το παρόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο, σύμφωνα με το οποίο παρέχεται η παρούσα κάλυψη.
 - **«Κάλυψη» :** Η κάλυψη, η οποία περιγράφεται στον όρο 2 της παρούσας.
 - **«Ασφαλιστρο» :** Το ποσό που πληρώνει ο Συμβαλλόμενος στην Εταιρία για την παρεχόμενη ασφαλιστική κάλυψη.
 - **«Πρόσθετη Πράξη» :** Κάθε επίσημο έγγραφο που εκδίδει η Εταιρία, με σκοπό τη μεταβολή όρων ή άλλων στοιχείων της παρούσας.
 - **«Ατύχημα» :** Ορίζεται κάθε γεγονός, αιφνίδιο, εξωτερικό, βίαιο, τυχαίο και ξένο προς την πρόθεση του Ασφαλισμένου, που προκαλεί ως αποκλειστική αιτία και ανεξάρτητα από κάθε άλλη, σωματική βλάβη.
 - **«Εξαρτώμενα μέλη» :** Θεωρούνται αποκλειστικά η νόμιμη σύζυγος του Ασφαλισμένου και τα ανύπαντρα παιδιά του, που έχουν ηλικία μεγαλύτερη των τριάντα (30) ημερών και μικρότερη των είκοσι (20) ετών, εκτός αν σπουδάζουν σε ανώτατο ή ανώτερο εκπαιδευτικό ίδρυμα, οπότε η κάλυψη παρατείνεται μέχρι το εικοστό πέμπτο (25) έτος της ηλικίας τους.
 - **«Ασθένεια» :** είναι κάθε πάθηση που θα εκδηλωθεί στον Ασφαλισμένο (ή εξαρτώμενο μέλος του), μετά από τριάντα (30) τουλάχιστον ημέρες από την έναρξη ισχύος αυτής της κάλυψης ή της κάλυψης για πρώτη φορά εξαρτωμένου μέλους.
 - **«LIFE – LINE GROUPAMA – ΦΟΙΝΙΞ» :** θεωρείται το συντονιστικό κέντρο, το οποίο λειτουργεί 24 ώρες το 24ωρο καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου και είναι στελεχωμένο με διοικητικό, καθώς και ιατρικό προσωπικό που παρέχει μέσω τηλεφώνου τις κατάλληλες πληροφορίες για τις ιατρικές επισκέψεις και τη διενέργεια των εξετάσεων στις οποίες μπορούν να υποβληθούν οι ασφαλισμένοι. Η Life – Line αποτελεί το κατ' εξοχήν αρμόδιο όργανο για το συντονισμό των παροχών της εξωνοσοκομειακής κάλυψης στις Κλινικές του Ομίλου του Ιατρικού Αθηνών ήτοι:
 - **ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ ΑΜΑΡΟΥΣΙΟΥ**
 - **ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ-ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΙΚΟΥ**
 - **ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ-ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΛΑΙΟΥ ΦΑΛΗΡΟΥ**
 - **ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ-ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ**
 - **ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ- ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΑΦΝΗΣ**
 - **ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ**
 - **ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**
- Ο Ασφαλισμένος υποχρεούται για το οποιοδήποτε ιατρικό του θέμα να επικοινωνεί με αυτή.

2. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

- Η κάλυψη σε περίπτωση ασθένειας αρχίζει τριάντα (30) ημέρες μετά την έναρξη ισχύος του ασφαλιστηρίου (περίοδος αναμονής). Η περίοδος αναμονής δεν ισχύει στην εκάστοτε ετήσια ανανέωση του ασφαλιστηρίου

- Καλύπτονται επισκέψεις στους εφημερεύοντες ιατρούς των εξωτερικών ιατρείων των Κλινικών του Ομίλου Ιατρικού Αθηνών. Οι επισκέψεις πραγματοποιούνται 24 ώρες το 24ωρο στους εφημερεύοντες ιατρούς, ήτοι στους παθολόγο, καρδιολόγο, ορθοπεδικό, χειρουργό και παιδίατρο.
- Καλύπτονται οι επισκέψεις στους ιατρούς των ειδικοτήτων γυναικολόγου, οφθαλμιάτρου, πνευμονολόγου, ΩΡΛ και παιδοχειρουργού που εφημερεύουν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των Κλινικών του Ομίλου του Ιατρικού Αθηνών κατόπιν ραντεβού, με συμμετοχή του ασφαλισμένου 20€ ανά επίσκεψη.
- Για επισκέψεις στους γιατρούς των ειδικοτήτων νευρολόγου, ουρολόγου, γαστρεντερολόγου, ογκολόγου και διαβητολόγου που εφημερεύουν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των Κλινικών του Ομίλου του Ιατρικού Αθηνών, κατόπιν ραντεβού, ο ασφαλισμένος θα καταβάλει το κόστος της επίσκεψης με έκπτωση 15% επί του εκάστοτε ισχύοντος επισήμου καταλόγου τιμών της κάθε Κλινικής του Ομίλου του Ιατρικού Αθηνών, ο οποίος ισχύει για ιδιώτες ασθενείς, χωρίς προϋφιστάμενη σχετική συμφωνία.
- Για διαγνωστικές εξετάσεις κατόπιν παραπεμπτικού σημειώματος από τους εφημερεύοντες ιατρούς και τους ιατρούς των εξωτερικών ιατρείων που πραγματοποιούνται στις νοσηλευτικές μονάδες του Ομίλου του Ιατρικού Αθηνών, ο ασφαλισμένος θα καταβάλλει την αξία των διαγνωστικών εξετάσεων με έκπτωση 30% επί του εκάστοτε ισχύοντος επισήμου καταλόγου τιμών της κάθε Κλινικής του Ιατρικού Αθηνών, ο οποίος ισχύει για ιδιώτες ασθενείς χωρίς προϋφιστάμενη σχετική συμφωνία.
- Καλύπτεται ένας (1) ετήσιος προληπτικός έλεγχος υγείας (Check – Up) για ενήλικες και παιδιά, ο οποίος πραγματοποιείται στις νοσηλευτικές μονάδες στις Κλινικές του Ομίλου του Ιατρικού Αθηνών και περιλαμβάνει τις κάτωθι εξετάσεις:
Για τους ενήλικες: Γενική ούρων, Γενική αίματος, Σάκχαρο αίματος, Χοληστερίνη, Τριγλυκερίδια, Τ.Κ.Ε.
Για τα παιδιά: Γενική ούρων, Γενική Αίματος, Σίδηρο Ορού, Σάκχαρο Αίματος, Χοληστερίνη.
- Για συμμετοχή σε ειδικά προγράμματα Check – Up που πραγματοποιούνται στις νοσηλευτικές μονάδες στις Κλινικές του Ομίλου του Ιατρικού Αθηνών, ο ασφαλισμένος θα καταβάλει την αξία των ειδικών προγραμμάτων Check – Up με έκπτωση 10% επί του εκάστοτε ισχύοντος επισήμου καταλόγου τιμών της κάθε Κλινικής του Ιατρικού Αθηνών, ο οποίος ισχύει για ιδιώτες ασθενείς χωρίς προϋφιστάμενη σχετική συμφωνία.
- Για συμμετοχή στο Πρόγραμμα Προληπτικού Ελέγχου και Διακοπής Καπνίσματος που πραγματοποιείται στην Αθήνα και μόνο στην ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΙΚΟΥ (Τμήμα Διακοπής Καπνίσματος) ο ασφαλισμένος θα καταβάλει την αξία του Προγράμματος Προληπτικού Ελέγχου και Διακοπής Καπνίσματος με έκπτωση 15% επί του εκάστοτε ισχύοντος επισήμου καταλόγου τιμών της Κλινικής του Ιατρικού Αθηνών, ο οποίος ισχύει για ιδιώτες ασθενείς χωρίς προϋφιστάμενη σχετική συμφωνία.
- Για συμμετοχή σε πρόγραμμα θεραπείας της παχυσαρφίας που πραγματοποιείται στις νοσηλευτικές μονάδες του Ομίλου του Ιατρικού Αθηνών ο ασφαλισμένος θα καταβάλει τα νοσήλια, εξαιρουμένων φαρμάκων, ειδικών υλικών και αμοιβών ιατρών, με έκπτωση 10% επί του εκάστοτε ισχύοντος επισήμου καταλόγου τιμών της κάθε Κλινικής του Ιατρικού Αθηνών, ο οποίος ισχύει για ιδιώτες ασθενείς χωρίς προϋφιστάμενη σχετική συμφωνία.

- Σε περίπτωση πραγματοποίησης πλαστικής χειρουργικής επέμβασης στις νοσηλευτικές μονάδες του Ομίλου του Ιατρικού Αθηνών ο ασφαλισμένος θα καταβάλει τα νοσήλια, εξαιρουμένων φαρμάκων, ειδικών υλικών και αμοιβών ιατρών, με έκπτωση 10% επί του εκάστοτε ισχύοντος επισημού καταλόγου τιμών της κάθε Κλινικής του Ιατρικού Αθηνών, ο οποίος ισχύει για ιδιώτες ασθενείς χωρίς προϋφιστάμενη σχετική συμφωνία.
- Καλύπτεται η χρήση της Υπηρεσίας των ασθενοφόρων(EMS) σε περίπτωση έκτακτης εισαγωγής σε νοσοκομείο του Ομίλου του Ιατρικού Αθηνών για τις περιοχές της Αττικής και της Θεσσαλονίκης.

3. ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ

1. Ο προσδιορισμός του ασφαλιστρού της παρούσας κάλυψης γίνεται με βάση τους παρακάτω παράγοντες:
 - α) Την ηλικία, το φύλο, το επάγγελμα και τις εν γένει συνθήκες ζωής του Ασφαλισμένου.
 - β) Το ύψος του Ασφαλιστικού ποσού.
 - γ) Τη σχέση αποζημιώσεων (πληρωθεισών και εκκρεμών) και ασφαλιστρών για το σύνολο του χαρτοφυλακίου των Ασφαλισμένων της Εταιρίας, οι οποίοι υπάγονται στην παρούσα κάλυψη.
 - δ) Διεθνώς αποδεκτή αναλογιστική τεχνική, η οποία εφαρμόζεται στην τιμολόγηση της κάλυψης.
 - ε) Το κόστος εργασιών της Εταιρίας.
 - στ) Την αξιολόγηση του κινδύνου ως προς τον κυρίως Ασφαλισμένο.
 - ζ) Την εν γένει σχετική εμπειρία της Εταιρίας καθώς και την αντίστοιχη εμπειρία Ελληνικών και Διεθνών Οργανισμών.
 - η) Τις τιμές των ιατρικών υλικών, τις αμοιβές των ιατρών, τις επιστημονικές μεθόδους διάγνωσης και θεραπείας και την τεχνολογία που χρησιμοποιείται από την Ιατρική.

4. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΑΛΥΨΕΩΣ

Η διάρκεια της παρούσας κάλυψης είναι ετήσια με ημερομηνία έναρξης ισχύος και λήξης, τις ημερομηνίες που αναγράφονται στο Ασφαλιστήριο. Η υποχρέωση της Εταιρίας περιορίζεται μόνο στο πιο πάνω χρονικό διάστημα χωρίς να γεννάται οποιαδήποτε υποχρέωση της για περαιτέρω ανανέωση της κάλυψης αυτής, ακόμη και αν έχουν προηγηθεί άλλες ετήσιες ανανεώσεις της.

5. ΕΝΑΡΞΗ ΙΣΧΥΟΣ

Η ισχύς του Συμβολαίου αρχίζει από την ημερομηνία έναρξής του και εφόσον έχει καταβληθεί ολόκληρο το ετήσιο ασφάλιστρο εφάπαξ ή το ποσό της πρώτης συμφωνημένης δόσης αυτού. Δεν γίνεται ακύρωση εφόσον έχει προηγηθεί χρήση των προσφερόμενων παροχών.

6. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΣΥΜΒΑΣΗ

Την ασφαλιστική σύμβαση αποτελούν :

- A) Το Ασφαλιστήριο που εκδίδεται από την Εταιρία.
- B) Οι γενικοί όροι της παρούσας κάλυψης.
- Γ) Η αίτηση ασφάλισης, οι σχετικές δηλώσεις του Συμβαλλομένου ή του Ασφαλισμένου που περιέχονται στα έγγραφα, των οποίων την αλήθεια και ακρίβεια αποδέχεται καλόπιστα η Εταιρία και οι ιατρικές εκθέσεις.
- Δ) Οι τυχόν Πρόσθετες Πράξεις.

7. ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΑ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ ΛΟΓΩ ΨΕΥΔΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Σε περίπτωση που από πρόθεση ο Συμβαλλόμενος ή ο Ασφαλισμένος δηλώσει ψευδή στοιχεία, συμπεριλαμβανόμενων και των πληροφοριών σχετικά με

την ηλικία του, αποσιωπήσει ή δώσει ελλιπείς απαντήσεις στις ερωτήσεις της Εταιρίας, η Εταιρία έχει το δικαίωμα, εφόσον η δήλωση, η αποσιώπηση ή οι ελλείψεις στις απαντήσεις είναι τέτοιες ώστε δεν θα συμφωνούσε για την ασφάλιση ή δεν θα την δεχόταν με τους ίδιους όρους αν γνώριζε την αλήθεια, να καταγγείλει την Ασφαλιστική Σύμβαση εντός ενός (1) μηνός από τότε που πληροφορήθηκε την αλήθεια.

Αν η ασφαλιστική περίπτωση επέλθει εντός της άνω προθεσμίας, ή πριν από την εκ μέρους της Εταιρίας γνώση της παραπάνω παράβασης, η Εταιρία απαλλάσσεται της υποχρέωσης προς καταβολή του Ασφαλίσματος.

Ο Λήπτης της Ασφάλισης ή και ο Ασφαλισμένος υποχρεούται σε αποκατάσταση κάθε ζημιάς της Εταιρίας.

8. ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

Τα ασφάλιστρα πρέπει να πληρώνονται στην έδρα της Εταιρίας ή στα εξουσιοδοτημένα πρόσωπα για την είσπραξη τους, στις καθορισμένες από το Συμβόλαιο ημερομηνίες.

Επίσης τα ασφάλιστρα είναι δυνατόν να πληρώνονται με ταχυδρομική επιταγή, συνεπώς, σαν ημερομηνία εξόφλησης θεωρείται η ημερομηνία κατάθεσης των χρημάτων στο ταχυδρομείο.

Μόνο η έντυπη απόδειξη είσπραξης ασφαλιστρών της Εταιρίας αποδεικνύει την πληρωμή τους. Κάθε άλλο αποδεικτικό μέσο αποκλείεται.

9. ΠΡΟΘΕΣΜΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

Σε περίπτωση καθυστέρησης καταβολής δόσης των ασφαλιστρών η Εταιρία έχει το δικαίωμα να καταγγείλει τη σύμβαση με γραπτή δήλωση της στην οποία θα γνωστοποιεί ότι, αν δεν γίνει η πληρωμή ασφαλιστρών σε (30) ημέρες από την παραλαβή της δήλωσης καταγγελίας, η ασφάλιση παύει να ισχύει με την πάροδο του χρονικού διαστήματος. Το ασφάλιστρο είναι ετήσιο και προκαταβλητέο.

10. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ / ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ.

Ο Συμβαλλόμενος / Ασφαλισμένος οφείλει να ειδοποιεί την Εταιρία για οποιαδήποτε μεταβολή των στοιχείων της ασφάλισης του όπως : ασφάλιση σε άλλη εταιρία, αλλαγή επαγγέλματος, κατοικίας ή διαμονής. Έγγραφο της Εταιρίας που στέλνεται στη διεύθυνση συναλλαγής που αναγράφεται στο Συμβόλαιο ή στην αίτηση ή σε γνωστοποιηθείσα εγγράφως μεταγενέστερα, τεκμαίρεται ότι περιήλθαν στον Ασφαλισμένο. Η ισχύς του Συμβολαίου δεν αναστέλλεται σε περίπτωση μετακίνησης ή διαμονής του Ασφαλισμένου σε οποιοδήποτε μέρος του κόσμου.

11. ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑ / ΔΙΚΑΙΟ

Οποιαδήποτε διαφορά που μπορεί να προκύψει μεταξύ του Συμβαλλομένου ή του Δικαιούχου και της Εταιρίας σε σχέση με το Συμβόλαιο, ανήκει στην αρμοδιότητα των δικαστηρίων της Αθήνας και εκδικάζεται από αυτά. Εφαρμοστέο δίκαιο είναι το Ελληνικό.

12. ΕΞΟΔΑ – ΤΕΛΗ

Οποιαδήποτε έξοδα χρειάζονται (φόροι, τέλη, δικαιώματα, χαρτόσημα κ.λ.π.) για την έκδοση του Συμβολαίου και κάθε εγγράφου σχετικού με το Συμβόλαιο, (αποδείξεις ασφαλιστρών κ.λ.π.) είναι σε βάρος του Συμβαλλομένου.

Τυχόν επιβαρύνσεις της ασφαλιστικής αποζημιώσεως βαρύνουν τον Ασφαλισμένο.

13. ΕΓΓΡΑΦΑ ΠΟΥ ΥΠΟΧΡΕΩΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ

Η Εταιρία δεσμεύεται μόνο με έγγραφα που έχουν υπογραφεί στην έδρα της από εξουσιοδοτημένα όργανα. Κανένα φυσικό ή νομικό πρόσωπο που διαμεσολαβεί για τη

σύναψη της ασφάλισης αυτής ή για την διατήρηση της σε ισχύ δεν δικαιούται να προβεί σε καμία αλλαγή του Συμβολαίου ή να δέχεται δηλώσεις στο όνομα της Εταιρίας. Επίδοση οποιουδήποτε δικογράφου ισχύει μόνο αν έγινε στην έδρα της Εταιρίας.

14. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ ΓΙΑ ΕΛΛΕΙΠΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΓΙΑ ΜΗ ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΟΡΩΝ.

Αν ο Συμβαλλόμενος δεν έλαβε κατά το χρόνο που υπέβαλε την αίτηση για ασφάλιση τις προβλεπόμενες από το άρθρο 4 παρ. 3 περιπτ. Δ. ΝΔ 400/1970 πληροφορίες που αναφέρονται και στο έντυπο υπόδειγμα δήλωσης για την άσκηση του δικαιώματος εναντίωσης, το οποίο παραλαμβάνει μαζί με το Συμβόλαιο, ή δεν του χορηγήθηκαν οι γενικοί ή ειδικοί ασφαλιστικοί όροι που διέπουν την ασφάλισή του, έχει δικαίωμα να εναντιωθεί και να ματαιώσει τη σύναψη της ασφάλισης. Το δικαίωμα αυτό ασκείται με τη συμπλήρωση του παραπάνω εντύπου εναντίωσης και την παράδοση του στα γραφεία της Εταιρίας ή την αποστολή του σε αυτήν με συστημένη επιστολή μέσα σε χρονικό διάστημα δεκατεσσάρων (14) ημερών από την παραλαβή του Συμβολαίου.

Σε περίπτωση άσκησης εναντίωσης, η ασφάλιση θεωρείται ότι δεν έγινε ποτέ, το Συμβόλαιο δεν έχει καμία πλέον ισχύ και το ασφάλιστρο που έχει καταβληθεί επιστρέφεται στο Συμβαλλόμενο.

15. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ ΛΟΓΩ ΠΑΡΕΚΚΛΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.

Αν το περιεχόμενο του Συμβολαίου παρεκκλίνει από την αίτηση του Συμβαλλομένου για ασφάλιση, τότε αυτός έχει το δικαίωμα να εναντιωθεί. Το δικαίωμα αυτό ασκείται με τη συμπλήρωση του εντύπου υποδείγματος δήλωσης εναντίωσης, το οποίο χορηγείται ειδικά για το σκοπό αυτό στο Συμβαλλόμενο μαζί με το Συμβόλαιο και την παράδοση του εντύπου αυτού στα γραφεία της Εταιρίας ή την αποστολή του σε αυτήν με συστημένη επιστολή μέσα σε χρονικό διάστημα (1) ενός μηνός από την παράδοση του Συμβολαίου. Σε περίπτωση άσκησης του δικαιώματος αυτού η σύναψη της σύμβασης ασφάλισης ματαιώνεται, θεωρείται ότι δεν έγινε ποτέ και το Συμβόλαιο δεν έχει καμία ισχύ. Η Εταιρία επιστρέφει στον Συμβαλλόμενο το ασφάλιστρο που καταβλήθηκε σε αυτήν.

16. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ

Ο Συμβαλλόμενος έχει δικαίωμα για οποιονδήποτε λόγο και με γραπτή δήλωση του που παραδίδεται στα γραφεία της Εταιρίας ή αποστέλλεται σε αυτήν με συστημένη επιστολή μέσα σε τριάντα (30) ημέρες από την παραλαβή του Συμβολαίου να υπαναχωρήσει από τη σύμβαση αυτή.

Η παραπάνω προθεσμία των τριάντα (30) ημερών αναστέλλεται για το χρονικό διάστημα που ο Συμβαλλόμενος έχει το δικαίωμα εναντίωσης.