
"Φ-75" SANTE VITAL

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

1 Ορισμοί

- **"Κάλυψη"** : Η κάλυψη, η οποία περιγράφεται στον όρο 2 της παρούσας.
- **"Ανώτατο όριο κάλυψης"** : Ανώτατο όριο κάλυψης είναι το ανώτατο ποσό αποζημίωσης που θα καταβάλει η εταιρία ανά έτος καθώς και οι ανά περίπτωση περιορισμοί ,όπως αναφέρονται στον Πίνακα Καλυπτόμενων Περιπτώσεων και Παροχών της παρούσας κάλυψης.
- **"Διαγνωστικές εξετάσεις"** : Ιατρικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται αποκλειστικά από το συμβεβλημένο διαγνωστικό κέντρο και είναι συμβατές με παραπεμπτικό ιατρού ανάλογης ειδικότητας.
- **"Θεράπων Ιατρός"** : Ο ιατρός του ασφαλισμένου με του οποίου το παραπεμπτικό εκτελούνται στο συμβεβλημένο διαγνωστικό κέντρο οι αναγραφόμενες εξετάσεις, με την προϋπόθεση ότι κατέχει την αντίστοιχη ειδικότητα για το σχετικό παραπεμπτικό.

2 Καλυπτόμενα έξοδα

Η Εταιρία με την παρούσα κάλυψη αναλαμβάνει έναντι του ασφαλισμένου, σύμφωνα με τους παρακάτω όρους, προϋποθέσεις και περιορισμούς, την κάλυψη των ακόλουθων παροχών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, με ανώτατο όριο αυτό που αναγράφεται στον Πίνακα Καλυπτόμενων Περιπτώσεων και Παροχών της παρούσας κάλυψης.

- A. Την παροχή μέσω τηλεφώνου ιατρικών πληροφοριών και συμβουλών.
- B. Την πραγματοποίηση ιατρικών επισκέψεων στην οικία του ασφαλισμένου και σε ιατρεία συμβεβλημένων ιατρών του δικτύου.
- Γ. Την πραγματοποίηση επισκέψεων σε ιατρούς στα Πολυϊατρεία του δικτύου.
- Δ. Το συντονισμό της διεξαγωγής των αναγκαίων εξωνοσοκομειακών διαγνωστικών εξετάσεων εξαιτίας ασθένειας ή ατυχήματος, σε συμβεβλημένο διαγνωστικό κέντρο.
- E. Τη διενέργεια ετήσιου προληπτικού ελέγχου (check up), δια μέσου συμβεβλημένου διαγνωστικού κέντρου, που θα παρέχει τις υπηρεσίες του απευθείας προς τον ασφαλισμένο.
- ΣΤ. Τη διενέργεια συνεδριών φυσιοθεραπείας σε συνεργαζόμενο φυσιοθεραπευτήριο ή κατ' οίκον.
- Z. Διενέργεια αιμοληψίας κατ' οίκον.
- H. Την πραγματοποίηση προγεννητικού ελέγχου σε συμβεβλημένο διαγνωστικό κέντρο.
- Θ. Την πραγματοποίηση εμβολιασμών του ασφαλισμένου σε συμβεβλημένους ιατρούς και διαγνωστικά κέντρα του δικτύου.
- I. Την πραγματοποίηση δερματικών τεστ αλλεργίας στα συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα
- ΙΑ. Την παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών, εξετάσεων και επεμβάσεων με έκπτωση επί του ιδιωτικού τιμοκαταλόγου, σε συμβεβλημένους ιατρούς και συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα.

3. Συντονιστικό Κέντρο GROUPAMA ΦΟΙΝΙΞ

Ο ασφαλισμένος έχει στη διάθεσή του τη δυνατότητα χρήσης τηλεφωνικής γραμμής ιατρικής φροντίδας καθημερινά, ολόκληρο το 24ωρο, καθ' όλη τη διάρκεια του έτους. Η τηλεφωνική γραμμή ιατρικής φροντίδας λειτουργεί ως συντονιστικό κέντρο, είναι στελεχωμένη με διοικητικό και ιατρικό προσωπικό και παρέχει στους ασφαλισμένους τις ακόλουθες υπηρεσίες:

- Παροχή τηλεφωνικών ιατρικών συμβουλών
- Καθοδήγηση του ασθενή ασφαλισμένου για την καλύτερη αντιμετώπιση του εκάστοτε περιστατικού.
- Ενημέρωση του ασφαλισμένου για τα εφημερεύοντα νοσοκομεία και φαρμακεία της περιοχής του.
- Ενημέρωση του ασφαλισμένου για τα συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα και για τους συμβεβλημένους γιατρούς στους οποίους μπορεί να απευθύνεται για τον καθορισμό ραντεβού.
- Σε περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού, την έγκριση επίσκεψης συμβεβλημένου ιατρού κατ' οίκον και τη μέριμνα για την πραγματοποίηση της σχετικής επίσκεψης.

4. Ιατρικές Επισκέψεις στο Ιατρείο

Η Εταιρία καλύπτει με την παρούσα, τα έξοδα ιατρικών επισκέψεων του ασφαλισμένου στα ιατρεία των συμβεβλημένων ιατρών καθ' όλη τη διάρκεια του έτους. Στην περίπτωση αυτή, ο ασφαλισμένος που χρειάζεται ιατρική βοήθεια, θα πρέπει να επικοινωνήσει με το τηλεφωνικό κέντρο το οποίο και θα τον ενημερώσει σχετικά με τα στοιχεία του πλησιέστερου συμβεβλημένου ιατρού της περιοχής του. Κατά την επίσκεψή του στον ιατρό θα πρέπει να επιδεικνύει τα στοιχεία που προβλέπονται στο άρθρο 15 της παρούσας.

Ο μέγιστος αριθμός ιατρικών επισκέψεων ανά έτος καθώς και η συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος κάθε ιατρικής επίσκεψης, αναγράφεται στον Πίνακα Καλυπτόμενων Περιπτώσεων και Παροχών της παρούσας και καταβάλλεται απευθείας στον ιατρό έναντι έκδοσης νόμιμης απόδειξης.

5. Ιατρικές Επισκέψεις στα Πολυϊατρεία

Η εταιρία καλύπτει με το παρόν, τα έξοδα για την πραγματοποίηση επισκέψεων σε ιατρούς στα Πολυϊατρεία του δικτύου σε Αττική, Θεσσαλονίκη και Ηράκλειο. Κατά την επίσκεψή του στον ιατρό θα πρέπει να επιδεικνύει τα στοιχεία που προβλέπονται στο άρθρο 15 του παρόντος. Ο μέγιστος αριθμός ιατρικών επισκέψεων ανά έτος καθώς και η συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος κάθε ιατρικής επίσκεψης, αναγράφεται στον Πίνακα Καλυπτόμενων Περιπτώσεων και Παροχών του παρόντος και καταβάλλεται απευθείας στον ιατρό έναντι έκδοσης νόμιμης απόδειξης.

6. Ιατρικές Επισκέψεις κατ' Οίκον

Σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού, εφ' όσον αυτό συμβεί σε απόσταση όχι μεγαλύτερη των δέκα (10) χιλιομέτρων από την πλησιέστερη πόλη ή περιοχή όπου υπάρχει συμβεβλημένο διαγνωστικό κέντρο και εφ' όσον συντρέχει αντικειμενική αδυναμία μετακίνησης του ασφαλισμένου, η Εταιρία καλύπτει με την παρούσα τα έξοδα ιατρικών επισκέψεων συμβεβλημένου ιατρού στην κατοικία του καλυπτόμενου μέλους όλο το 24ωρο και καθ' όλη τη διάρκεια του έτους. Στην περίπτωση αυτή ο ασφαλισμένος, που αντιμετωπίζει επείγον περιστατικό υποχρεούται να επικοινωνήσει με το τηλεφωνικό κέντρο, μέσω του οποίου εγκρίνεται και οργανώνεται η αποστολή συμβεβλημένου ιατρού ανάλογης ειδικότητας στην κατοικία του και να επιδείξει σε αυτόν τα στοιχεία που προβλέπονται στο άρθρο 15 της παρούσας. Ο μέγιστος αριθμός ιατρικών επισκέψεων ανά έτος καθώς και η συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος κάθε ιατρικής επίσκεψης, αναγράφεται στον Πίνακα Καλυπτόμενων Περιπτώσεων και Παροχών της παρούσας και καταβάλλεται απευθείας στον ιατρό έναντι έκδοσης νόμιμης απόδειξης.

7. Αιμοληψία κατ' οίκον

Η εταιρία καλύπτει τον ασφαλισμένο για αιμοληψία κατ' οίκον εντός των ορίων των νομών Αττικής, Θεσσαλονίκης, Χανίων, Ηρακλείου, Λακωνίας, Καβάλας και Κοζάνης. Η περίπτωση αιμοληψίας κατ' οίκον τα Σάββατα αφορά μόνο το νομό Αττικής. Η συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος κάθε αιμοληψίας, αναγράφεται στον Πίνακα Καλυπτόμενων Περιπτώσεων και Παροχών του παρόντος και καταβάλλεται απευθείας στον ιατρό έναντι έκδοσης νόμιμης απόδειξης. Στην περίπτωση αυτή ο ασφαλισμένος, που χρήζει αιμοληψίας κατ' οίκον υποχρεούται να επικοινωνήσει με το τηλεφωνικό κέντρο, μέσω του οποίου εγκρίνεται και οργανώνεται η αποστολή νοσηλευτή στην κατοικία του και να επιδείξει σε αυτόν τα στοιχεία που προβλέπονται στο άρθρο 15 του παρόντος.

8. Διαγνωστικές Εξετάσεις

Εάν εξαιτίας ατυχήματος ή ασθένειας, κατά τη διάρκεια ισχύος της παρούσας, ο ασφαλισμένος είναι ιατρικά αναγκαίο να υποβληθεί σε εξωνοσοκομειακές διαγνωστικές εξετάσεις, η Εταιρία καλύπτει τα έξοδα των απαραίτητων εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνο στα συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα χωρίς καμία επιβάρυνση για τον ασφαλισμένο και μέχρι του ανώτατου ετήσιου ορίου εξόδων που αναγράφεται στον Πίνακα Καλυπτόμενων Περιπτώσεων και Παροχών της παρούσας. Απαραίτητη προϋπόθεση για την διενέργεια των διαγνωστικών εξετάσεων είναι η τήρηση της διαδικασίας που προβλέπεται στο άρθρο 15 της παρούσας, επί πλέον δε και η προσκόμιση στο συμβεβλημένο διαγνωστικό κέντρο από τον ασφαλισμένο σχετικού παραπεμπτικού σημειώματος ιατρού (θεράποντος ή συμβεβλημένου) αντίστοιχης ειδικότητας, στο οποίο υποχρεωτικά θα αναγράφονται:

- το ονοματεπώνυμο του προς εξέταση προσώπου
- τα στοιχεία της ταυτότητας ή του διαβατηρίου του ή άλλου δημοσίου εγγράφου που να αποδεικνύει την ταυτοπροσωπία του ασφαλισμένου προσώπου
- οι ζητούμενες διαγνωστικές εξετάσεις αναλυτικά
- ο λόγος για τον οποίο ζητούνται (συμπτωματολογία, ασθένεια κλπ.)
- η ημερομηνία εκδόσεως παραπεμπτικού η οποία να μην απέχει από την ημερομηνία πραγματοποίησης της εξέτασης χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του ενός μηνός, εκτός εάν τούτο επιβάλλεται για ιατρικούς λόγους.

Η αφαίρεση των αντίστοιχων χρεώσεων από το ετήσιο ανώτατο όριο εξόδων, θα γίνεται πάντοτε με βάση τον συμφωνηθέντα τιμοκατάλογο που ισχύει για την Εταιρία. Διευκρινίζεται ότι σε περίπτωση που τα έξοδα των εξωνοσοκομειακών διαγνωστικών εξετάσεων υπερβούν το ετήσιο ανώτατο όριο εξόδων που αναγράφεται στον Πίνακα Καλυπτόμενων Περιπτώσεων και Παροχών του ασφαλιστηρίου, το υπερβάλλον ποσό των εξόδων θα βαρύνει τον ασφαλισμένο και η εξόφλησή του θα γίνεται από αυτόν απευθείας στο συμβεβλημένο διαγνωστικό κέντρο. Για τις εξετάσεις αυτές θα ισχύει ο εκάστοτε ισχύων ιδιωτικός τιμοκατάλογος του συμβεβλημένου κέντρου με έκπτωση 50%.

Η Εταιρία, πέραν των όσων αναφέρονται στο άρθρο 17 της παρούσας, δεν ευθύνεται για την ιατρική αναγκαιότητα των εξετάσεων που υποδεικνύονται από τον θεράποντα ή συμβεβλημένο ιατρό.

9. Ετήσιος Προληπτικός Έλεγχος Υγείας (CHECK UP)

Η Εταιρία καλύπτει τα έξοδα του ασφαλισμένου για τη διενέργεια μία φορά κάθε χρόνο ιατρικού προληπτικού ελέγχου υγείας (check-up), χωρίς καμία επιβάρυνση του με την προϋπόθεση ότι τηρείται η διαδικασία που περιγράφεται στο άρθρο 15 της παρούσας. Οι εξετάσεις του ετήσιου προληπτικού ελέγχου διενεργούνται όλες μαζί και μόνο σε συμβεβλημένα με την Εταιρία διαγνωστικά κέντρα. Σε περίπτωση επιθυμίας του πελάτη μπορεί να γίνει αξιολόγηση των ευρημάτων από συμβεβλημένους ιατρούς του δικτύου, χωρίς πρόσθετη επιβάρυνση του ασφαλισμένου.

Ετήσιος Προληπτικός Έλεγχος
Γενική Αίματος
Γενική Ούρων
Χοληστερίνη
Σάκχαρο αίματος
Ουρία
Ουρικό οξύ
Τριγλυκερίδια
Κρεατινίνη
HDL
LDL
Τρανσαμινάση
Αλκαλική Φωσφατάση
Ολικά λιπίδια
Ταχύτητα καθίζησης ερυθρών

Το κόστος για τη διενέργεια των ως άνω εξετάσεων του ετήσιου προληπτικού ελέγχου δε θα αφαιρείται από το ανώτατο ετήσιο όριο εξόδων της παρούσας.

10. Φυσιοθεραπείες

Η εταιρία παρέχει στον ασφαλισμένο τη δυνατότητα συνεδριών φυσιοθεραπείας σε συνεργαζόμενο με το δίκτυο φυσιοθεραπευτήριο αλλά και κατ' οίκον. Ο μέγιστος αριθμός φυσιοθεραπειών ανά έτος καθώς και η συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος κάθε συνεδρίας, αναγράφεται στον Πίνακα Καλυπτόμενων Περιπτώσεων και Παροχών του παρόντος και καταβάλλεται απευθείας στον ιατρό έναντι έκδοσης νόμιμης απόδειξης. Ο ασφαλισμένος, που κάνει χρήση της παροχής υποχρεούται να επικοινωνήσει με το τηλεφωνικό κέντρο, μέσω του οποίου εγκρίνεται και οργανώνεται η αποστολή φυσιοθεραπευτή στην κατοικία του και να επιδείξει σε αυτόν τα στοιχεία που προβλέπονται στο άρθρο 15 του παρόντος.

11. Εξετάσεις Προγεννητικού Ελέγχου

Η Εταιρία παρέχει στην ασφαλισμένη τη δυνατότητα πραγματοποίησης των παρακάτω αποκλειστικά αναφερόμενων εξετάσεων προγεννητικού ελέγχου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της, με την απαραίτητη προϋπόθεση να έχουν παρέλθει 10 μήνες από την ημερομηνία που η κάλυψη τέθηκε σε ισχύ για πρώτη φορά. Οι παρακάτω εξετάσεις πραγματοποιούνται όλες μαζί, μία μόνο φορά κατά τη διάρκεια κάθε εγκυμοσύνης αποκλειστικά και μόνο στο συμβεβλημένο διαγνωστικό κέντρο και κατόπιν παραπεμπτικού του γυναικολόγου (θεράποντος ή συμβεβλημένου) ιατρού της ασφαλισμένης, αφού τηρηθεί η διαδικασία που προβλέπεται στο άρθρο 15 της παρούσας.

Εξετάσεις που τυχόν βρίσκονται εκτός φυσιολογικών ορίων δύναται να επαναληφθούν με παραπεμπτικό του γυναικολόγου και το αντίστοιχο κόστος της εξέτασης θα συνυπολογίζεται στο εκάστοτε ανώτατο ετήσιο όριο των διαγνωστικών εξετάσεων.

Σε περιπτώσεις βεβαιωμένης εγκυμοσύνης διενεργούνται ανά ασφαλιστικό έτος εξετάσεις είτε του ετήσιου προληπτικού ελέγχου (check up), είτε του προγεννητικού ελέγχου, όχι συνδυασμός αυτών.

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 αίματος

Ουρία αίματος
Κρεατινίνη ορού
Γενική αίματος
Ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης
Γενική ούρων
Καλλιέργεια κοιλιακού για κοινά μικρόβια
Καλλιέργεια τραχηλικού για μυκοπλάσματα
Καλλιέργεια τραχηλικού για ουρεόπλάσμα

Το κόστος για τη διενέργεια των ως άνω εξετάσεων του ετήσιου προγεννητικού ελέγχου δε θα αφαιρείται από το ανώτατο ετήσιο όριο εξόδων της παρούσας.

12. Εμβολιασμός

Η Εταιρία καλύπτει τα έξοδα του ασφαλισμένου πέραν του ποσού συμμετοχής του, για την πραγματοποίηση του συνήθους προληπτικού εμβολιασμού του που θα πραγματοποιηθεί στο ιατρείο συμβεβλημένου ιατρού, με την προϋπόθεση ότι ο ασφαλισμένος (α) συμμετέχει στο κόστος της επίσκεψης με το ποσό που αναγράφεται στον Πίνακα Καλυπτόμενων Περιπτώσεων και Παροχών της παρούσας το οποίο και καταβάλλεται απευθείας στον ιατρό έναντι έκδοσης νόμιμης απόδειξης, (β) προσκομίζει στον ιατρό το αντίστοιχο εμβόλιο για την πραγματοποίηση του εκάστοτε εμβολιασμού επωμιζόμενος το κόστος του και (γ) τηρείται η διαδικασία που περιγράφεται στο άρθρο 15 της παρούσας.

13. Δερματικά Τεστ Αλλεργίας

Εάν κατά τη διάρκεια ισχύος της παρούσας, ο ασφαλισμένος καταστεί ιατρικά αναγκαίο να υποβληθεί σε δερματικά τεστ αλλεργίας, η Εταιρία καλύπτει τα έξοδα των βασικών δερματικών τεστ αλλεργίας που πραγματοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνο σε συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα, χωρίς καμία επιβάρυνση για τον ασφαλισμένο και μέχρι του ανώτατου ετήσιου ορίου εξόδων που αναγράφεται στον Πίνακα Καλυπτόμενων Περιπτώσεων και Παροχών της παρούσας. Η κατηγορία των βασικών δερματικών τεστ αλλεργίας προσδιορίζεται ανάλογα με την εποχή και συμπτωματολογία του ασφαλισμένου. Απαραίτητη προϋπόθεση για την διενέργεια των βασικών δερματικών τεστ αλλεργίας είναι η τήρηση της διαδικασίας που προβλέπεται στο άρθρο 15 της παρούσας.

Τα συμβεβλημένα κέντρα στα οποία είναι δυνατόν να πραγματοποιηθούν τα δερματικά τεστ αλλεργίας θα είναι διαθέσιμα μέσω είτε του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή, είτε του τηλεφωνικού κέντρου εξυπηρέτησης πελατών.

14. Πρόσθετες Παροχές

Η εταιρία καλύπτει στον ασφαλισμένο την παροχή συγκεκριμένων ιατρικών υπηρεσιών, εξετάσεων και επεμβάσεων όπως οδοντιατρική φροντίδα, φυσικοθεραπείες, επεμβάσεις διόρθωσης διαθλαστικών ανωμαλιών, αισθητική χειρουργική, κοσμητική ιατρική, διαιτολόγο, κλπ., με έκπτωση επί του εκάστοτε ισχύοντος ιδιωτικού τιμοκαταλόγου του παροχέα αποκλειστικά και μόνο σε συμβεβλημένους ιατρούς και συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα και όπου αυτά είναι διαθέσιμα.

Οι ασφαλισμένοι θα ενημερώνονται αναλυτικά για τις ειδικότητες ιατρών και για τα ποσοστά έκπτωσης μέσω του συντονιστικού κέντρου GROUPAMA ΦΟΙΝΙΞ.

15. Υποχρεώσεις Ασφαλισμένου

Ο ασφαλισμένος, ο οποίος θα κάνει χρήση των καλύψεων της παρούσας, θα οφείλει προηγουμένως να επικοινωνήσει με το Συντονιστικό Κέντρο, προς ενημέρωσή του για τα διαγνωστικά κέντρα και τα ιατρεία των συμβεβλημένων ιατρών, όπου θα πρέπει να απευθύνεται για τον καθορισμό της ημέρας και ώρας εξέτασης. Κατά την προσέλευσή του στο συμβεβλημένο διαγνωστικό κέντρο ή στο ιατρείο του συμβεβλημένου ιατρού ή σε περίπτωση επίσκεψης συμβεβλημένου ιατρού κατ' οίκον, ο ασφαλισμένος θα πρέπει να επιδεικνύει απαραίτητα τα εξής:

1. Το δελτίο αστυνομικής ταυτότητας ή το διαβατήριο ή το βιβλιάριο υγείας ή άλλο έγγραφο που να βεβαιώνει την ταυτότητα του εξεταζομένου - ασφαλισμένου. Το συμβεβλημένο διαγνωστικό κέντρο έχει το δικαίωμα ελέγχου της ταυτοπροσωπίας του εξεταζόμενου.
2. Τα στοιχεία της ασφάλισής του (αριθμός ασφαλιστηρίου κλπ.).

16. Εξαιρέσεις

Δεν καλύπτονται κίνδυνοι, που προέρχονται ή επέρχονται, ολικά ή μερικά, από μία ή περισσότερες από τις παρακάτω αιτίες:

- α) Εισβολή ή επιδρομή εχθρού, εξωτερικό ή εμφύλιο πόλεμο, πολιτικές ή στρατιωτικές στάσεις και ταραχές, τρομοκρατικές ενέργειες ή ενέργειες με σκοπό τον έλεγχο, την πρόληψη ή την καταστολή τρομοκρατικής ενέργειας.

- β) Ατυχήματα κατά την εκτέλεση στρατιωτικής θητείας του ασφαλισμένου στις ένοπλες δυνάμεις οποιασδήποτε χώρας ή οργανισμού.
- γ) Διάπραξη ή απόπειρα για διάπραξη εγκλήματος ή άδικης επιθέσεως από μέρους του ασφαλισμένου ή χρήση εκρηκτικών υλών.
- δ) Απεξάρτηση και αντιμετώπιση των συνεπειών ή καταστάσεων που προκύπτουν ως αποτελέσματα χρήσης και επήρειας ναρκωτικών ή χρόνιου αλκοολισμού και των επιπλοκών τους.
- ε) Σύνδρομο επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (AIDS) και οι επιπλοκές του (εκτός από την εξέταση ανίχνευσης του συνδρόμου επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας η οποία θα καλύπτεται).
- στ) Στειρότητα, τεχνητή γονιμοποίηση, αποβολή, απόξεση και τις πάσης φύσεως επιπλοκές τους, τη διερεύνηση και τη θεραπεία της ανδρικής ανικανότητας, την κύηση και παρακολούθηση αυτής και τον προγεννητικό έλεγχο (πέραν των όσων αναφέρονται στο άρθρο 11).
- ζ) Διανοητικές, νευροφυτικές διαταραχές, νευρώσεις και ψυχώσεις.
- η) Προγενέστερες της ασφάλισης αναπηρίες ή σωματικές βλάβες και επιπλοκές αυτών, καθώς και προϋπάρχουσες της ασφάλισης νόσους ή παθήσεις που τις γνώριζε ο ασφαλισμένος και δεν τις δήλωσε κατά την ασφάλισή του.
- θ) Οποιαδήποτε κάλυψη σχετική με δόντια, φατνία και ούλα που δεν εμπίπτει στα αναφερόμενα στο άρθρο 14 της παρούσας.
- ι) Διαγνωστικές εξωνοσοκομειακές ιατρικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται σε μη συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα, ακόμη και αν τα συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα δεν έχουν τις προϋποθέσεις για την πραγματοποίηση ορισμένων εξ' αυτών.
- ια) Ιατρικές επισκέψεις σε κλινικούς ιατρούς εκτός δικτύου
- ιβ) Κόστος των φαρμάκων που τυχόν χορηγούνται για τη διενέργεια συγκεκριμένων διαγνωστικών εξετάσεων, κατά την επίσκεψη του ασφαλισμένου στον ιατρό ή στο διαγνωστικό κέντρο, καθώς και οι αμοιβές αναισθησιολόγων για τις εξετάσεις όπου απαιτείται η παρουσία τους.
- ιγ) Τυχόν ιατρικές πράξεις πέραν της κλινικής εξέτασης, που είναι δυνατόν να πραγματοποιηθούν από τον συμβεβλημένο ιατρό.
- ιδ) Διαγνωστικές εξετάσεις που αφορούν πρόληψη (check up) εκτός του ετησίου που περιγράφεται στο άρθρο 9, τη διάγνωση κληρονομικών επιβαρύνσεων, τη διερεύνηση μεταβολών στο ανθρώπινο γονιδίωμα ή πρόσμιξη γονιδιώματος άλλων μικροοργανισμών καθώς και την άσκηση οποιασδήποτε μορφής εναλλακτικής ιατρικής.
- ιε) Διαγνωστικές εξετάσεις που διενεργούνται αποκλειστικά και μόνο σε επίπεδο Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

17. Ευθύνη της Εταιρίας

Η εταιρία δεν ευθύνεται για την ποιότητα και την ορθότητα, σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, των υπηρεσιών (εξετάσεων, ιατρικών πράξεων, συμβουλών κλπ.) που θα παρέχονται προς τον ασφαλισμένο από το συμβεβλημένο διαγνωστικό κέντρο, το πάσης φύσεως προσωπικό, τους συμβεβλημένους ιατρούς, καθώς και για τις πράξεις ή τις τυχόν παραλείψεις τους.

18. Ασφάλιστρο

Ο προσδιορισμός του ασφαλίστρου της παρούσας ασφάλισης γίνεται με βάση τους παρακάτω παράγοντες:

1. Την ηλικία και τις εν γένει συνθήκες ζωής του ασφαλισμένου προσώπου.
2. Το ύψος του ασφαλιστικού ποσού για κάθε καλυπτόμενη παροχή.
3. Τη σχέση αποζημιώσεων (πληρωθεισών και εκκρεμών) και ασφαλίστρων για το σύνολο του χαρτοφυλακίου των Ασφαλισμένων της Εταιρίας με την παρούσα ασφάλιση.
4. Τη συχνότητα και το κόστος των κινδύνων που ασφαίζονται με βάση τα στατιστικά στοιχεία που διαθέτει η Εταιρία από το σύνολο του χαρτοφυλακίου της, όσο και Ελληνικοί και Διεθνείς οργανισμοί (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κλπ.).
5. Την διεθνώς αποδεκτή αναλογιστική τεχνική, η οποία εφαρμόζεται στην τιμολόγηση της παρούσας ασφάλισης.
6. Το κόστος εργασιών της Εταιρίας.
7. Την αξιολόγηση του κινδύνου ως προς το ασφαλισμένο πρόσωπο κατά την ημερομηνία που η παρούσα ασφάλιση τέθηκε σε ισχύ για πρώτη φορά.
8. Τις τιμές των φαρμάκων, των ιατρικών υλικών, τις αμοιβές των ιατρών, τις επιστημονικές μεθόδους διάγνωσης και θεραπείας και την τεχνολογία που χρησιμοποιείται από την Ιατρική και εφαρμόζεται στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα.

Πριν από την εκάστοτε λήξη του ασφαλιστηρίου, η Εταιρία θα αποστέλλει στο Λήπτη της Ασφάλισης ειδοποίηση που θα περιέχει τα νέα ασφάλιστρα που θα ισχύουν για την επόμενη ασφαλιστική περίοδο, καθώς και την ημερομηνία πληρωμής αυτών, σύμφωνα με τις επιφυλάξεις και τους λοιπούς όρους του άρθρου 5 των Γενικών Ρυθμίσεων των Γενικών Όρων του ασφαλιστηρίου συμβολαίου. Τα νέα ασφάλιστρα υπολογίζονται, αφού ληφθούν υπόψη οι παραπάνω παράγοντες και εφαρμόζονται στο σύνολο των ασφαλισμένων με την παρούσα. Τυχόν επασφάλιστρα που έχουν καθορισθεί στο ασφαλιστήριο κατά τη σύναψη της παρούσας ασφάλισης υπολογίζονται επί των εκάστοτε νέων ασφαλίσεων.

19. Περίοδος Αναμονής

Οι καλύψεις της παρούσας ενεργοποιούνται και δίδονται στον Ασφαλισμένο οι προβλεπόμενες παροχές ΜΟΝΟ μετά την παρέλευση δύο (2) μηνών από την έναρξη του αρχικού ετήσιου ασφαλιστηρίου. Κατά τις ανανεώσεις και εφόσον δεν έχει μεσολαβήσει διάστημα μη ασφάλισης του, δεν έχουν ισχύ η περίοδος αναμονής των δύο μηνών του παρόντος άρθρου και η περίοδος αναμονής των 10 μηνών του προγεννητικού ελέγχου του άρθρου 11 της παρούσας.

Δεν γίνεται ακύρωση εφόσον έχει προηγηθεί χρήση έστω και μίας από τις προσφερόμενες με το παρόν παροχές.

GROUPAMA ΦΟΙΝΙΞ
ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ



Χρήστος Κάτσιος
Γενικός Διευθυντής



Δημήτρης Ταταράκης
Τεχνικός Διευθυντής

ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΩΝ ΣΕ ΕΥΡΩ

ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ	ΠΑΡΟΧΗ Ή ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ
Ανώτατο Ετήσιο Όριο Κάλυψης Δαπανών για Διαγνωστικές Εξετάσεις σε Συμβεβλημένο Κέντρο	2.000€
Επισκέψεις σε ιατρό στο Πολυιατρείο	Απεριόριστες
Συμμετοχή του Ασφαλισμένου σε Επίσκεψη σε ιατρό στο Πολυιατρείο	10€
Επισκέψεις στο ιατρείο Συμβεβλημένου Ιατρού	Απεριόριστες
Συμμετοχή του Ασφαλισμένου σε Επίσκεψη στο ιατρείο Συμβεβλημένου Ιατρού	15€
Επισκέψεις Συμβεβλημένου Ιατρού στην Οικία του Ασφαλισμένου	Απεριόριστες
Συμμετοχή του Ασφαλισμένου σε Κάθε Ιατρική Επίσκεψη Συμβεβλημένων Ιατρών κατ' Οίκον	40€ εργάσιμες 60€ αργίες
Αιμοληψία κατ' οίκον	8€ τις εργάσιμες 12€ Σάββατο
Συμμετοχή του Ασφαλισμένου σε Επίσκεψη για εμβολιασμό στο Ιατρείο Συμβεβλημένων Ιατρών	10€
Συνεδρίες φυσιοθεραπείας σε συμβεβλημένους ή συνεργαζόμενους φυσιοθεραπευτές	Απεριόριστες
Συμμετοχή του Ασφαλισμένου σε Συνεδρίες φυσιοθεραπείας σε συμβεβλημένους ή συνεργαζόμενους φυσιοθεραπευτές στο φυσιοθεραπευτήριο	20€
Συμμετοχή του Ασφαλισμένου σε Συνεδρίες φυσιοθεραπείας σε συμβεβλημένους ή συνεργαζόμενους φυσιοθεραπευτές κατ' οίκον	30€
Ετήσιο check up	Δωρεάν
Προγεννητικός έλεγχος	Δωρεάν

GROUPAMA ΦΟΙΝΙΞ
ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ



Χρήστος Κάτσιος
Γενικός Διευθυντής



Δημήτρης Ταταράκης
Τεχνικός Διευθυντής