

microgroup**benefits**

ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΖΩΗΣ – ΥΓΕΙΑΣ & ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

ΠΡΟΣ

.....

Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής:

Ημερομηνία έκδοσης προσφοράς:

microgroup**benefits**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Τα ασφαλιστικά προγράμματα MICRO GROUP BENEFITS είναι ειδικά διαμορφωμένα για επιχειρήσεις με προσωπικό από 5–50 άτομα, όπως η δική σας. Προσφέρουν 3 διαφορετικές επιλογές παροχών και επιπέδων κάλυψης. Οι προτάσεις μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή να διαμορφωθούν ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της δικής σας επιχείρησης.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 1: (ΒΑΣΙΚΟ)

ΠΑΡΟΧΕΣ	Προστασία I	Προστασία II	Προστασία III
1. Ασφάλεια Ζωής			
Ανώτατο όριο κάλυψης ανά ασφαλισμένο	€ 1.000	€ 10.000	€ 15.000
2. Ασφάλεια Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας από ασθένεια			
Ανώτατο όριο κάλυψης ανά ασφαλισμένο	X	€ 10.000	€ 15.000
3. Ασφάλεια Απώλειας Ζωής & Μόνιμης Ανικανότητας από ατύχημα Ανώτατα όρια κάλυψης ανά ασφαλισμένο			
• Θάνατος από ατύχημα	€ 30.000	€ 10.000	€ 25.000
• Σε συνδυασμό με την Ασφάλεια Ζωής	€ 31.000	€ 20.000	€ 40.000
• Μόνιμη Ολική Ανικανότητα	€ 30.000	€ 10.000	€ 25.000
• Μόνιμη Μερική Ανικανότητα – ποσοστό (%) των	€ 30.000	€ 10.000	€ 25.000
4. Ασφάλεια ιατροφαρμακευτικών δαπανών θεραπείας από ατύχημα, εντός ή εκτός νοσοκομείου			
Ανώτατο καταβαλλόμενο ποσό για κάθε ασφαλισμένο και για κάθε περίπτωση ατυχήματος	€ 500	–	–
5. Ασφάλεια νοσοκομειακού επιδόματος από ατύχημα			
Σε κάθε περίπτωση νοσηλείας από ατύχημα καταβάλλεται ημερήσιο ποσό	€ 50	–	–
Ανώτατος αριθμός ημερών καταβολής	90 ημέρες	–	–

ΠΑΡΟΧΕΣ	Προστασία I	Προστασία II	Προστασία III
6. Ασφάλεια Ευρείας Νοσοκομειακής περίθαλψης από ατύχημα ή ασθένεια			
Ανώτατο καταβαλλόμενο ποσό ετησίως ανά ασφαλισμένο	X	€ 10.000	€ 20.000
Ετήσιο απαλλασσόμενο ποσό	—	€ 250	€ 500
Ημερήσια Νοσήλια			
• Καλύπτεται «Θέση νοσηλείας»		Γ (3κλινο)	Β (2κλινο)
• Για κάλυψη στο εξωτερικό ή σε Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης, ανώτατο καταβαλλόμενο ημερήσιο ποσό, μέχρι	—	€ 300	€ 500
Νοσοκομειακές Δαπάνες Παρέχεται κάλυψη αναγνωρισμένων εξόδων της «Θέσης νοσηλείας»	—	✓	✓
Χειρουργικές επεμβάσεις που δεν χρειάζονται νοσηλεία	—	✓	✓
Απόδοση εξόδων (συμμετοχή της INTERAMERICAN):			
1. σε Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα Αθήνας - Θεσσαλονίκης (απευθείας κάλυψη εξόδων),			
2. σε οποιοδήποτε άλλο Νοσηλευτικό Ίδρυμα εκτός Αθήνας - Θεσσαλονίκης (απολογιστική κάλυψη εξόδων)			
3. στο εξωτερικό (απολογιστική κάλυψη εξόδων)			
Χωρίς συμμετοχή άλλου Φορέα Ασφάλισης	—	80%	80%
Με συμμετοχή άλλου Φορέα Ασφάλισης, εφόσον έχει καλυφθεί το 20%	—	100% της διαφοράς	100% της διαφοράς
Απόδοση εξόδων (συμμετοχή της INTERAMERICAN) σε μη Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα Αθήνας - Θεσσαλονίκης (απολογιστική κάλυψη εξόδων)			
Χωρίς συμμετοχή άλλου Φορέα Ασφάλισης	—	60%	60%
Με συμμετοχή άλλου Φορέα Ασφάλισης, εφόσον έχει καλυφθεί το 40%	—	100% της διαφοράς	100% της διαφοράς
Αμοιβή Χειρουργού & Αναισθησιολόγου			
Καταβάλλεται ποσό βάσει Πίνακα Χειρουργικών Επεμβάσεων, ανάλογα με τη σπουδαιότητα της επέμβασης. Σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης στο εξωτερικό, το προαναφερόμενο ποσό διπλασιάζεται.	—	✓	✓
Εάν προσκομισθεί απόδειξη καταβάλλεται	—	το 100% μέχρι το προβλεπόμενο κατά περίπτωση ανώτατο όριο	
Εάν δεν προσκομισθεί απόδειξη καταβάλλεται	—	το 70% του αντίστοιχου ανώτατου ορίου	
Παροχές Μητρότητας (καταβάλλεται επίδομα)			
Για φυσιολογικό τοκετό	—	€ 500	€ 900
Για καισαρική τομή	—	€ 750	€ 1.200
Για αποβολή	—	€ 300	€ 500
Ημερήσιο Νοσοκομειακό Επίδομα Ασθενείας ή Ατυχήματος			
Σε περίπτωση που δεν προσκομισθούν δαπάνες για αποζημίωση, καταβάλλεται ημερήσιο ποσό:	—	€ 50	€ 60
Ανώτατος αριθμός ημερών καταβολής	—	90 ημέρες	90 ημέρες

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 2: (ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ)

ΠΑΡΟΧΕΣ	Προστασία I	Προστασία II	Προστασία III
Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη			
A. Εργαστηριακές- Διαγνωστικές Εξετάσεις σε συνεργαζόμενα Δίκτυα			
A1. Εντός Ελλάδας μέσω ΑΘΗΝΑΪΚΗΣ MEDICLINIC και ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟΥ MEDIFIRST (απολογιστική κάλυψη, χωρίς παρακράτηση απαλλασσόμενου ποσού)			
Ανώτατο καταβαλλόμενο επί μέρους ποσό ετησίως	—	€ 500	€ 800
Απόδοση Εξόδων			
Συμμετοχή INTERAMERICAN	—	90%	90%
Συμμετοχή ασφαλισμένου	—	10%	10%
Τα ανώτατο καταβαλλόμενο επί μέρους ποσό ετησίως για εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις, συμπεριλαμβάνεται στο ανώτατο όριο των	—	€ 10.000	€ 20.000
A2. Εντός Ελλάδας μέσω συνεργαζόμενου Δικτύου (απευθείας κάλυψη χωρίς παρακράτηση απαλλασσόμενου ποσού)			
Ανώτατο καταβαλλόμενο επί μέρους ποσό ετησίως	—	€ 500	€ 800
Απόδοση Εξόδων			
Συμμετοχή INTERAMERICAN	—	80%	80%
Συμμετοχή ασφαλισμένου	—	20%	20%
Το ανώτατο καταβαλλόμενο επί μέρους ποσό ετησίως για εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις, δεν συμπεριλαμβάνεται στο ανώτατο όριο και παρέχεται πέραν και επί πλέον των	—	€ 10.000	€ 20.000
Σε περίπτωση πραγματοποίησης διαγνωστικών εξετάσεων μόνο λόγω «επείγοντος περιστατικού» στην Ελλάδα ή στο Εξωτερικό, παρέχεται κάλυψη των αναγνωριζόμενων εξόδων απολογιστικά.	—	—	✓
B. Ιατρικές επισκέψεις & πράξεις σε γιατρό επιλογής του ασφαλισμένου και φάρμακα (απολογιστική κάλυψη)			
Ανώτατο καταβαλλόμενο επί μέρους ποσό ετησίως ανά ασφαλισμένο για Ιατρικές επισκέψεις-πράξεις & Φάρμακα	—	€ 500	€ 800
Ανώτατο καταβαλλόμενο ποσό για κάθε επίσκεψη	—	€ 60	€ 80
Ετήσιο απαλλασσόμενο ποσό ανά ασφαλισμένο	—	€ 60	€ 80
Απόδοση Εξόδων			
Χωρίς συμμετοχή άλλου Φορέα Ασφάλισης	—	80%	80%
Με συμμετοχή άλλου Φορέα Ασφάλισης, εφόσον έχει καλυφθεί το 20%, καλύπτεται το	—	100% της διαφοράς	100% της διαφοράς
Τα ανώτατο καταβαλλόμενο επί μέρους ποσό ετησίως για ιατρικές επισκέψεις - πράξεις & φάρμακα συμπεριλαμβάνεται στο ανώτατο όριο των	—	€ 10.000	€ 20.000

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 3: (ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΠΡΟΣΚΑΙΡΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ από ατύχημα ή ασθένεια)

ΠΑΡΟΧΕΣ	Προστασία I	Προστασία II	Προστασία III
A. Ασφάλεια Πρόσκαιρης Ολικής ανικανότητας από ατύχημα ή ασθένεια			
Ανώτατο καταβαλλόμενο ποσό μηνιαίας παροχής	–	€ 400	€ 500
Έναρξη καταβολής της παροχής	–	31η ημέρα	31η ημέρα
Ανώτατη περίοδος καταβολής	–	12 μήνες	12 μήνες
B. Ασφάλεια Πρόσκαιρης Ολικής ανικανότητας από ατύχημα			
Ανώτατο καταβαλλόμενο ποσό μηνιαίας παροχής	€ 400		
Έναρξη καταβολής της παροχής	15η ημέρα		
Ανώτατη περίοδος καταβολής	12 μήνες		

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 4: (ΕΙΔΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ-«CHECK-UP»)

ΠΑΡΟΧΕΣ	Προστασία I	Προστασία II	Προστασία III
Ειδική κάλυψη προληπτικού ελέγχου υγείας (check-up)	1 ετησίως	1 ετησίως	1 ετησίως
Καλύπτονται μόνο οι ασφαλισμένοι μισθωτοί, άνω των 20 ετών μία μόνο φορά σε κάθε ασφαλιστικό έτος. Το check-up πραγματοποιείται ενιαία (σαν πακέτο, όπως αναφέρεται πιο κάτω) αποκλειστικά σε συνεργαζόμενο Δίκτυο Διαγνωστικών Κέντρων	✓	✓	✓
Γενική αίματος Χοληστερόλη Σάκχαρο Αίματος Ουρία Ουρικό Οξύ Κρεατινίνη Γενική Ούρων Ηλεκτροκαρδιογράφημα Ακτινογραφία Θώρακος Τεστ Παπανικολάου Τεστ κοπώσεως (για άνδρες άνω των 40 ετών) P.S.A. (για άνδρες άνω των 40 ετών) Μαστογραφία (για γυναίκες άνω των 40 ετών)			

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΜΟΙΒΗΣ ΙΑΤΡΩΝ
(ανάλογα με τη βαρύτητα της επέμβασης)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΜΟΙΒΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥ

ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΒΑΡΙΕΣ – ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	€ 2.300 - € 4.600
ΒΑΡΙΕΣ	€ 1.650 - € 2.680
ΜΕΓΑΛΕΣ	€ 1.250 - € 1.900
ΜΕΣΑΙΕΣ	€ 780 - € 1.550
ΜΙΚΡΕΣ	€ 270 - € 380
ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΕΣ	€ 120

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΜΟΙΒΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΥ

ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	€ 850
ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΒΑΡΙΕΣ	€ 650
ΜΕΓΑΛΕΣ	€ 450
ΜΕΣΑΙΕΣ	€ 300
ΜΙΚΡΕΣ	€ 220
ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΕΣ	€ 90

ΠΡΟΝΟΜΙΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ I ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ II

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Σε περίπτωση νοσηλείας, εκτός από την απευθείας κάλυψη των δαπανών, στα νοσηλευτικά ιδρύματα Αθηναϊκή Mediclinic, Ευρωκλινική Αθηνών και Ευρωκλινική Παίδων παρέχονται επιπλέον και τα ακόλουθα προνόμια:

1. Στην Αθηναϊκή Mediclinic, η κλινική αναλαμβάνει να καλύψει το 20% των εξόδων νοσοκομείου. Έτσι σε συνδυασμό με την κάλυψη του 80% των εξόδων από την INTERAMERICAN, θα έχετε **κάλυψη 100% στα έξοδα νοσοκομείου**. Το προνόμιο δεν ισχύει για τα φάρμακα, τα ειδικά υλικά και τις αμοιβές γιατρών.
2. Στην Ευρωκλινική Αθηνών και Ευρωκλινική Παίδων, οι κλινικές αναλαμβάνουν να καλύψουν το 10% των εξόδων νοσοκομείου. Έτσι σε συνδυασμό με την κάλυψη του 80% των εξόδων από την INTERAMERICAN, θα έχετε **κάλυψη 90% στα έξοδα νοσοκομείου**. Το προνόμιο δεν ισχύει για τα φάρμακα, τα ειδικά υλικά και τις αμοιβές γιατρών.
3. Στην περίπτωση που έχει εξαντληθεί το ανώτατο όριο κάλυψης και επομένως η INTERAMERICAN δεν συμμετέχει πλέον στις δαπάνες της νοσηλείας, παρέχεται έκπτωση 10% στα έξοδα νοσοκομείου (σε αυτά δεν συμπεριλαμβάνονται τα φάρμακα, τα ειδικά υλικά και οι αμοιβές γιατρών) που υπερβαίνουν το όριο κάλυψής σας, σε όλα τα προαναφερόμενα νοσηλευτικά ιδρύματα

ΓΡΑΜΜΗ ΥΓΕΙΑΣ

24 ώρες / 24ωρο, 365 μέρες το χρόνο, χωρίς περιορισμό κλήσεων

- ✓ Παροχή ιατρικών συμβουλών για κάθε απρόβλεπτο περιστατικό υγείας
- ✓ Πληροφορίες σχετικές με εφημερεύοντα νοσοκομεία, γιατρούς κ.λ.π.
- ✓ Πληροφορίες για τα διαγνωστικά κέντρα και τους γιατρούς του συνεργαζόμενου δικτύου

ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

Η Εταιρία μας προσφέρει **απευθείας κάλυψη των εξόδων του ασφαλισμένου** στα Συμβεβλημένα με αυτή Νοσηλευτικά Ιδρύματα, όπως ισχύουν κάθε φορά. Με αυτόν τον τρόπο, ο ασφαλισμένος απαλλάσσεται από το βάρος της εκταμίευσης σημαντικών χρηματικών ποσών για την κάλυψη των αναγκών μιας νοσηλείας.

Συγκεκριμένα, η **INTERAMERICAN** αναλαμβάνει την πληρωμή του ποσού που προβλέπεται από το ασφαλιστήριο, **απευθείας στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα**, ενώ ο ασφαλισμένος καταβάλλει πριν την έξοδό του το ποσό της συμμετοχής που του αναλογεί.

ΑΘΗΝΑ	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	ΥΠΟΛΟΙΠΗ ΕΛΛΑΔΑ
ΑΘΗΝΑΪΚΗ MEDICLINIC	ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ (ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ)
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ	ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ	ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΑΒΡΙΛΑΚΗ
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	(ΧΑΝΙΑ ΚΡΗΤΗΣ)
METROPOLITAN	ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ	ΜΗΤΕΡΑ (ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ)
ΥΓΕΙΑ	ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	CRETA INTERCLINIC
ΩΝΑΣΕΙΟ	ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ	(ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ)
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΙΑΣΩ Μαιευτική και		(καλύπτονται όλα τα περιστατικά
Γυναικολογική Κλινική		εκτός από τον τοκετό)
(καλύπτονται όλα τα περιστατικά		ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΧΑΝΙΩΝ
εκτός από τον τοκετό)		ΟΛΥΜΠΙΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ
ΜΗΤΕΡΑ (καλύπτονται όλα τα περιστατικά		(ΠΑΤΡΑ)
εκτός από παιδιατρικά και τοκετοί)		ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΛΕΥΘΡΩ-ΑΡΓΥΡΟΥΔΗ
MEDITERRANEO HOSPITAL		(ΧΙΟΣ)

ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΑ ΔΙΚΤΥΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

- **ΑΘΗΝΑΪΚΗ MEDICLINIC:**
Δορυλαίου 24, 115 21 Αθήνα, Πλ. Μαβίλη, Τηλ. 210-6475002
- **ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟ MEDIFIRST:**
Βουλαγμένης & Αλίμου (οδός Μαραθωνομάχων 1), 164 52 Αργυρούπολη, Τηλ. 210 9919222
- **EUROMEDICA*:**
Σε όλα τα διαγνωστικά κέντρα, πανελλαδικά
- **ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ*:**
Σε όλα τα διαγνωστικά κέντρα, πανελλαδικά

* Επιλογή ενός δικτύου διαγνωστικών κέντρων

ΕΤΗΣΙΑ ΜΙΚΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΝΑ ΑΤΟΜΟ (€)

ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΗ ΟΜΑΔΑ 10 ΕΩΣ 50 ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ			
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: (ΒΑΣΙΚΟ)	Προστασία I	Προστασία II	Προστασία III
Κυρίως Ασφαλισμένος	77,40	237,57	345,09
Ένα εξαρτώμενο μέλος	–	192,00	264,48
Δύο ή περισσότερα εξαρτώμενα μέλη	–	384,00	528,84
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ: (ΒΑΣΙΚΟ & ΕΞΩΝ/ΚΗ)			
Κυρίως Ασφαλισμένος	–	306,57	455,49
Ένα εξαρτώμενο μέλος	–	264,48	380,40
Δύο ή περισσότερα εξαρτώμενα μέλη	–	528,84	760,68
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ: (ΒΑΣΙΚΟ & ΑΣΦ. ΕΙΣΟΔ.)			
Κυρίως Ασφαλισμένος	103,80	279,21	397,17
Ένα εξαρτώμενο μέλος	–	192,00	264,48
Δύο ή περισσότερα εξαρτώμενα μέλη	–	384,00	528,84
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ: (ΒΑΣΙΚΟ & CHECK-UP)			
Κυρίως Ασφαλισμένος	158,88	319,05	426,57
Ένα εξαρτώμενο μέλος	–	192,00	264,48
Δύο ή περισσότερα εξαρτώμενα μέλη	–	384,00	528,84
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ: (ΒΑΣΙΚΟ & ΕΞΩΝ/ΚΗ & ΑΣΦ.ΕΙΣΟΔ.)			
Κυρίως Ασφαλισμένος	–	348,21	507,57
Ένα εξαρτώμενο μέλος	–	264,48	380,40
Δύο ή περισσότερα εξαρτώμενα μέλη	–	528,84	760,68
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ: (ΒΑΣΙΚΟ & ΕΞΩΝ/ΚΗ & CHECK-UP)			
Κυρίως Ασφαλισμένος	–	388,05	536,97
Ένα εξαρτώμενο μέλος	–	264,48	380,40
Δύο ή περισσότερα εξαρτώμενα μέλη	–	528,84	760,68
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ: (ΒΑΣΙΚΟ & ΑΣΦ.ΕΙΣΟΔ. & CHECK-UP)			
Κυρίως Ασφαλισμένος	–	360,69	478,65
Ένα εξαρτώμενο μέλος	–	192,00	264,48
Δύο ή περισσότερα εξαρτώμενα μέλη	–	384,00	528,84
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ: (ΒΑΣΙΚΟ & ΕΞΩΝ/ΚΗ & ΑΣΦ.ΕΙΣΟΔ. & CHECK-UP)			
Κυρίως Ασφαλισμένος	–	429,69	589,05
Ένα εξαρτώμενο μέλος	–	264,48	380,40
Δύο ή περισσότερα εξαρτώμενα μέλη	–	528,84	760,68

ΕΤΗΣΙΑ ΜΙΚΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΝΑ ΑΤΟΜΟ (€)

ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΗ ΟΜΑΔΑ 5 ΕΩΣ 9 ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ			
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: (ΒΑΣΙΚΟ)	Προστασία I	Προστασία II	Προστασία III
Κυρίως Ασφαλισμένος	107,88	344,73	498,59
Ένα εξαρτώμενο μέλος	-	281,88	387,36
Δύο ή περισσότερα εξαρτώμενα μέλη	-	563,64	774,60
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ: (ΒΑΣΙΚΟ & ΕΞΩΝ/ΚΗ)			
Κυρίως Ασφαλισμένος	-	446,85	661,43
Ένα εξαρτώμενο μέλος	-	389,04	558,24
Δύο ή περισσότερα εξαρτώμενα μέλη	-	778,08	1.116,60
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ: (ΒΑΣΙΚΟ & CHECK-UP)			
Κυρίως Ασφαλισμένος	221,76	458,61	612,47
Ένα εξαρτώμενο μέλος	-	281,88	387,36
Δύο ή περισσότερα εξαρτώμενα μέλη	-	563,64	774,60
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ: (ΒΑΣΙΚΟ & ΕΞΩΝ/ΚΗ & CHECK-UP)			
Κυρίως Ασφαλισμένος	-	560,73	775,31
Ένα εξαρτώμενο μέλος	-	389,04	558,24
Δύο ή περισσότερα εξαρτώμενα μέλη	-	778,08	1.116,60

- Τα παραπάνω μικτά ασφάλιστρα συμπεριλαμβάνουν τις νόμιμες επιβαρύνσεις
 - Φόρου Ασφαλίσεων (15% για όλες τις παροχές πλην της Ασφάλειας Ζωής).
 - Υποχρεωτική Εισφορά υπέρ του «Εγγυητικού Κεφαλαίου Ιδιωτικής Ασφάλισης Ζωής»
- Καταβάλλονται σε μηνιαία, τριμηνιαία ή εξαμηνιαία βάση. Για τις ομάδες από 5 έως και 9 άτομα, η καταβολή των ασφαλίσεων γίνεται σε εξαμηνιαία ή ετήσια βάση.
- Η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα να αναπροσαρμόζει τα ασφάλιστρα σε περίπτωση που:
 - η μέση ηλικία της ομάδας που προτείνεται για ασφάλιση είναι άνω των 40 ετών
 - ή σε περίπτωση μεταφοράς κάλυψης από άλλη ασφαλιστική εταιρία.

■ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΙΣΧΥΟΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ

Η διάρκεια της σύμβασης είναι αορίστου χρόνου.

Για όλο το πρόγραμμα παροχών, παρέχεται κάλυψη 24ωρη, μέσα και έξω από το χώρο της εργασίας και σε οποιοδήποτε μέρος του κόσμου.

■ ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ

Οι εργαζόμενοι καλύπτονται μέχρι το 70ο έτος της ηλικίας τους.

Για την παροχή «ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΜΟΝΙΜΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑ» ισχύει ως ανώτατο όριο κάλυψης το 62ο έτος.

Ειδικά και μόνον για τις Ομάδες από 5 έως και 9 άτομα, απαιτείται η συμπλήρωση και η υπογραφή εκ μέρους του ασφαλισμένου μισθωτού του ειδικού εντύπου ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

■ ΚΑΛΥΨΕΙΣ ΥΠΟ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ:

(Ισχύουν για τους ασφαλισμένους που θα ενταχθούν στην ασφάλιση μετά την ημερομηνία έναρξης ισχύος του ασφαλιστηρίου καθώς και για πρωτασφαλιζόμενες ομάδες)

Ειδικά για την παροχή της Ασφάλειας Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας από Ασθένεια, ρητά δηλώνεται ότι δεν καλύπτεται οποιαδήποτε ασθένεια, η οποία εκδηλώνεται για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους ασφάλισης αλλά οφείλεται ολικά ή μερικά, άμεσα ή έμμεσα σε προγενέστερη της ημερομηνίας ασφάλισης ασθένεια καθώς και τα επακόλουθα και τις επιπλοκές της. Αν όμως ο ασφαλιζόμενος εξακολουθήσει να καλύπτεται με την παροχή αυτή επί δώδεκα (12) τουλάχιστον μήνες από την ημερομηνία έναρξης ισχύος της κάλυψής του, η εξαίρεση αυτή παύει να ισχύει, με την επιφύλαξη των αναφερομένων στους Γενικούς Όρους του Ασφαλιστηρίου.

■ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ:

Με τις παροχές “ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ” & “ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ” είναι δυνατόν να ασφαλιστούν και τα εξαρτώμενα μέλη της οικογένειας του κυρίως ασφαλισμένου.

Το CHECK UP δεν παρέχεται στα εξαρτώμενα μέλη.

Σαν εξαρτώμενα μέλη οικογένειας θεωρούνται: α) ο/η σύζυγος έως 70 ετών και β) τα ανύπανδρα παιδιά του ασφαλιζόμενου μέλους, ηλικίας από 30 ημερών μέχρι και 20 ετών, ή μέχρι και 25 ετών εφόσον φοιτούν σε Πανεπιστήμιο ή άλλη Σχολή (ανώτερη ή ανώτατη).

Για τα εξαρτώμενα μέλη των οικογενειών που τυχόν ασφαλισθούν, απαιτείται η συμπλήρωση και η υπογραφή εκ μέρους του ασφαλισμένου μισθωτού των ειδικών εντύπων: “ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ” και “ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ”. Σε περίπτωση μεταφοράς κάλυψης απαιτείται συμπλήρωση του εντύπου “ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ” μόνο από τα εξαρτώμενα μέλη που θα ενταχθούν στην ασφάλιση μετά την ημερομηνία έναρξης ισχύος του ασφαλιστηρίου.

■ ΚΑΛΥΨΕΙΣ ΥΠΟ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ:

(Ισχύουν για εξαρτώμενα μέλη μισθωτών, που δεν προέρχονται από μεταφερόμενη ομάδα).

Καλύπτονται οι προγενέστερες ασθένειες ή ατυχήματα, μετά την παρέλευση δώδεκα (12) τουλάχιστον συνεχών μηνών από την ημερομηνία έναρξης ισχύος της ασφάλισης τους.

Καλύπτονται οι συγγενείς παθήσεις αποκλειστικά και μόνον του αναπνευστικού, πεπτικού, γεννητικού και ουροποιητικού συστήματος, εκτός της κυστικής ίνωσης, των πολυκυστικών νεφρών και της οικογενούς πολυποδίασης, μετά την παρέλευση δώδεκα (12) τουλάχιστον συνεχών μηνών από την ημερομηνία έναρξης ισχύος της ασφάλισης τους, υπό την προϋπόθεση ότι αυτές δεν ήταν γνωστές στον ασφαλισμένο κατά το χρόνο της αίτησης προς ασφάλιση. Οι προαναφερόμενοι περιορισμοί δεν ισχύουν για συνέχιση της ασφάλισης (μεταφορά από άλλη ασφαλιστική εταιρία).