

# Ομαδική Ασφάλιση Ζωής & Υγείας

για τον ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΙΚΟ & ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΙΚΟ  
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΠΟΔΟΜΩΝ,  
ΜΕΤΑΦΟΡΩΝ ΚΑΙ ΔΙΚΤΥΩΝ, ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΚΛΙΜΑΤΙΚΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΚΑΙ ΤΕΩΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΥΠΕΧΩΔΕ



# Σκοπός του Προγράμματος

Ο Συνεταιρισμός έχει αναλάβει την ευγενή αποστολή να στηρίζει τα μέλη του σε οποιαδήποτε δύσκολη στιγμή τυχόν προκύψει. Για το σκοπό αυτό, δημιούργησε το πρόγραμμα Ομαδικής Ασφάλισης με στόχο να προσφέρει πολύτιμη προστασία και να βοηθήσει να ξεπεραστούν οι οικονομικές δυσχέρειες που πιθανόν να προκύψουν, αν συμβούν απρόοπτα περιστατικά υγείας στα μέλη του Συνεταιρισμού ή τις οικογένειές τους.

Για να μπορέσετε τα αξιοποιήσετε στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό την παροχή αυτή, σας στέλνουμε ένα συνοπτικό οδηγό με τις ασφαλιστικές καλύψεις σας καθώς και με τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθείτε προκειμένου να αποζημιώσετε εύκολα και γρήγορα κάθε φορά.

Για λεπτομέρειες ή οδηγίες για τις παροχές, νέες εγγραφές ή διαγραφές, δικαιώματα, υποχρεώσεις, διαχείριση και διεκπεραίωση των φακέλων αποζημιώσεων, παραλαβή αποζημιώσεων και γενικά για οτιδήποτε σχετίζεται με την Ομαδική Ασφάλιση, θα απευθύνεστε στους συνεργάτες μας Ασφαλιστικούς Πράκτορες, στα γραφεία της εταιρίας **Melizen Life**:

**Λεωφόρος Συγγρού 120 (6ος όροφος), 117 41, Αθήνα**  
**τηλ.: 210 92 27 703 - 4**

Είμαστε σίγουροι ότι η καλή συνεργασία όλων μας θα συντελέσει σε μεγάλο βαθμό στη συνέχιση και βελτίωση του Προγράμματος και των παροχών.

Ιανουάριος 2024

# Ενημερωτικό

## Έντυπο

Η ALLIANZ-ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ είναι μια πλήρης Ασφαλιστική Εταιρία που δραστηριοποιείται σε όλους τους σύγχρονου κλάδους ασφάλισης, παρέχοντας ολοκληρωμένη ασφαλιστική κάλυψη τόσο σε ατομικό όσο και επιχειρησιακό επίπεδο, με ειδικά σχεδιασμένα πρωτοποριακά ασφαλιστικά προγράμματα.

Η Εταιρία διατηρεί ένα από τα μεγαλύτερα Δίκτυα Πωλήσεων με άρτια εκπαιδευμένους συνεργάτες σε όλη την Ελλάδα.

Η Ασφαλιστική Εταιρία εγγυάται τις παροχές και όλοι οι Ασφαλισμένοι καλύπτονται από ένα Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, το οποίο αποτελεί το κριτήριο για την ερμηνεία οποιουδήποτε θέματος σχετικού με την ασφάλιση.

**Το έντυπο αυτό δεν αποτελεί συμβόλαιο.**

Σκοπός του είναι να εξηγήσει γενικά τον τρόπο λειτουργίας του Προγράμματος και να ενημερώσει για τις προσφερόμενες ασφαλιστικές παροχές. Το πρωτότυπο Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, όπου αναφέρονται με λεπτομέρειες οι όροι ασφάλισης, βρίσκεται στα γραφεία του Συνεταιρισμού.

# Ποιοί Συμμετέχουν στον Πρόγραμμα

Όλα τα μέλη του Συνεταιρισμού (ενεργά ή μη) ηλικίας μέχρι και 75 ετών, έχουν δικαίωμα να εγγραφούν στο Συμβόλαιο Ομαδικής Ασφάλισης με την έγκριση του Συνεταιρισμού. Η ασφάλιση μπορεί να συνεχιστεί, υπό προϋποθέσεις μέχρι ο Ασφαλισμένος να συμπληρώσει το 85ο έτος της ηλικίας του.

Ανάλογα με την ηλικία και την εργασιακή του κατάσταση κάθε Ασφαλισμένος μπορεί να επιλέξει να καταταγεί σε μία από τις κατηγορίες ασφάλισης του Συμβολαίου, σύμφωνα με τα παρακάτω:

- Τα ενεργά μέλη του Συνεταιρισμού που δεν έχουν συμπληρώσει το 61ο έτος της ηλικίας τους δικαιούνται να εγγραφούν στην **Κατηγορία I**.
- Τα ενεργά μέλη που έχουν συμπληρώσει το 61ο έτος της ηλικίας τους, καθώς και τα μη ενεργά μέλη κατατάσσονται στην **Κατηγορία II** (Συνταξιούχοι μέχρι την ηλικία των 70 ετών).
- Τα ενεργά και μη μέλη, που συμπληρώνουν το 70ο έτος της ηλικίας τους κατατάσσονται στην **Κατηγορία III** (Συνταξιούχοι ηλικίας από 70 έως 85 ετών), την πρώτη μέρα που ακολουθεί τα 70α γενέθλιά τους.

Σημειώνεται ότι:

- Οι σύζυγοι μελών του Συνεταιρισμού που έχουν αποκτήσει δικαίωμα εγγραφής στον Συνεταιρισμό ως σύζυγοι μελών και όχι εξαιτίας της εργασιακής τους σχέσης, αυτοδικαίως κατατάσσονται στην κατηγορία ασφάλισης που υπάγονται οι σύζυγοί τους.

- Τα τέκνα μελών του Συνεταιρισμού, που έχουν αποκτήσει δικαίωμα εγγραφής στον Συνεταιρισμό ως τέκνα μελών και όχι εξαιτίας της εργασιακής τους σχέσης, αυτοδικαίως κατατάσσονται στην Κατηγορία ασφάλισης I.

- Ως εξαρτώμενα μέλη (τέκνα) ορίζονται τα άγαμα τέκνα των Κυρίως Ασφαλισμένων από δεκατεσσάρων (14) ημερών μέχρι την συμπλήρωση του δέκατου όγδοου (18ου) έτους της ηλικίας τους, τα οποία εξαρτώνται σαν συντηρούμενα πρόσωπα από τον Ασφαλισμένο υπάλληλο. Η ασφάλιση μπορεί να παραταθεί έως το τριακόστο (30ο) έτος, εφόσον το εξαρτώμενο μέλος σπουδάζει σε ανώτερη ή ανώτατη σχολή, με τη προσκόμιση πιστοποιητικού σπουδών που έχει εκδοθεί το τρέχον ακαδημαϊκό έτος.

- Η ασφάλιση εξαρτώμενου μέλους μπορεί να παραταθεί μέχρι τα τριάντα (30) έτη εφόσον είναι άγαμο και εγγεγραμμένο στο Μητρώο Ανέργων του ΟΑΕΔ.

Για την συμμετοχή στο Πρόγραμμα δεν χρειάζεται ιατρική εξέταση. Χρειάζεται όμως η συμπλήρωση και υπογραφή από τον υποψήφιο του εντύπου **ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ**.

# Ισχύς και Λήξη της Ασφάλισης

Το Πρόγραμμα Ομαδικής Ασφάλισης παρέχει 24ωρη κάλυψη.

Η ασφάλιση τελειώνει:

- α) με τη λύση ή λήξη της Σύμβασης.
- β) όταν ο Ασφαλισμένος πάψει να είναι μέλος του Συνεταιρισμού.
- γ) όταν δεν καταβληθεί έστω και μέρος του οφειλόμενου ασφαλίστρου.
- δ) όταν συμπληρωθεί το ανώτατο όριο ηλικίας για την συμμετοχή στην Ομαδική Ασφάλιση.

Ειδικότερα,

- Οι Ασφαλισμένοι της Κατηγορίας I παραμένουν σε αυτή, εφόσον συνεχίζουν να εργάζονται κατ' ανώτατο μέχρι να συμπληρώσουν το 70ο έτος της ηλικίας τους. Με τη συμπλήρωση του 70ου έτους της ηλικίας του, ο Ασφαλισμένος μεταφέρεται αυτομάτως στην Κατηγορία III. Σε περίπτωση που ο Ασφαλισμένος της Κατηγορίας I συνταξιοδοτηθεί πριν την συμπλήρωση του 70ου έτους μεταφέρεται αυτόματα στην Κατηγορία III.

- Οι Ασφαλισμένοι της Κατηγορίας II, παραμένουν σε αυτή κατ' ανώτατο μέχρι την συμπλήρωση του 70ου έτους της ηλικίας τους. Με την συμπλήρωση του 70ου έτους της ηλικίας του, ο Ασφαλισμένος μεταφέρεται αυτομάτως στην Κατηγορία III.

- Οι Ασφαλισμένοι της Κατηγορίας III, παραμένουν σε αυτή, κατ' ανώτατο μέχρι να συμπληρώσουν το 85ο έτος της ηλικίας τους, οπότε και η ασφάλισή τους τερματίζεται αυτομάτως.

# Πίνακας Παροχών

## ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ I & II

| Α. ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Σε περίπτωση θανάτου Ασφαλισμένου από οποιαδήποτε αιτία, θα καταβάλλεται στους δικαιούχους ποσό ίσο με                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3.000€         |
| Β. ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ & ΜΟΝΙΜΗΣ ΟΛΙΚΗΣ / ΜΕΡΙΚΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |
| Σε περίπτωση θανάτου Ασφαλισμένου από ατύχημα, θα καταβάλλεται στους δικαιούχους του ποσό                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 5.000€         |
| <b>ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ ΠΟΣΟ ΙΣΟ ΜΕ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>8.000€</b>  |
| Σε περίπτωση Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας από ατύχημα, θα καταβάλλεται στον Ασφαλισμένο ποσό                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 5.000€         |
| Σε περίπτωση Μόνιμης Μερικής Ανικανότητας από ατύχημα, θα καταβάλλεται στον Ασφαλισμένο ποσοστό % των                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 5.000€         |
| ανάλογα με το βαθμό ανικανότητας                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |
| Γ. ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |
| Σε περίπτωση ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του Ασφαλισμένου εξ' αιτίας ατυχήματος, θα του καταβάλλεται το 100% των εξόδων (εντός - εκτός Νοσοκομείου) κατά περίπτωση και μέχρι του ποσού των                                                                                                                                                                                                                                 | 700€           |
| Δ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |
| I) Νοσοκομειακή Περίθαλψη                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |
| <b>Ανώτατο ποσό παροχής ανά άτομο ετησίως</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>37.000€</b> |
| Καλύπτονται: Έξοδα για Δωμάτιο & Τροφή, έξοδα χειρουργείου, αμοιβές ιατρού, χειρουργού, αναισθησιολόγου, ειδικά υλικά, χειρουργικές επεμβάσεις χωρίς διανυκτέρευση, χρήση αποκλειστικής νυκτερινής νοσοκόμας, χρήση ασθενοφόρου για μεταφορά από και προς το Νοσοκομείο και λοιπές νοσηλευτικές υπηρεσίες με την προϋπόθεση ότι είναι αναγκαίες για την περίθαλψη του Ασφαλισμένου, έξοδα επείγουσας υγειονομικής μεταφοράς. |                |
| <b>- Όριο για δωμάτιο και τροφή ημερησίως</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Β' Θέση</b> |
| Σε περίπτωση που ο Ασφαλισμένος νοσηλευτεί σε θέση ανώτερη της αναγραφόμενης, θα χρεώνεται ποσόν 150€ ανά ημέρα νοσηλείας.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |
| Απόδοση εξόδων                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |
| I1. Σε Ειδικά Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα<br>(Ευρωκλινική Αθηνών, Ευρωκλινική Παίδων, Ιατρόπολις Χαλανδρίου και Euromedica - Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης)                                                                                                                                                                                                                                                              |                |

|                                                                                                                                                                                                           |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Αμοιβές Χειρουργού / Αναισθησιολόγου                                                                                                                                                                      | <b>90%</b> |
| i) Σε περίπτωση που στη δαπάνη συμμετέχει άλλος ασφαλιστικός φορέας (δημόσιος ή ιδιωτικός), η προκύπτουσα διαφορά (αναγνωρισμένα έξοδα μείον δαπάνες που αποζημιώθηκαν από άλλο φορέα) αποζημιώνεται προς | <b>90%</b> |
| ii) Σε περίπτωση που στη δαπάνη δεν συμμετέχει άλλος ασφαλιστικός φορέας (δημόσιος ή ιδιωτικός), θα καταβάλλεται το των αναγνωρισμένων δαπανών                                                            | <b>50%</b> |

## **Ι2. Στα Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα**

**(Βιοκλινική Αθηνών, Ιατρικό Περιστερίου, Ιατρικό Π. Φαλήρου, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο και Βιοκλινική Θεσσαλονίκης)**

|                                                                                                                                                                                                           |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Αμοιβές Χειρουργού / Αναισθησιολόγου                                                                                                                                                                      | <b>65%</b> |
| i) Σε περίπτωση που στη δαπάνη συμμετέχει άλλος ασφαλιστικός φορέας (δημόσιος ή ιδιωτικός), η προκύπτουσα διαφορά (αναγνωρισμένα έξοδα μείον δαπάνες που αποζημιώθηκαν από άλλο φορέα) αποζημιώνεται προς | <b>65%</b> |
| ii) Σε περίπτωση που στη δαπάνη δεν συμμετέχει άλλος ασφαλιστικός φορέας (δημόσιος ή ιδιωτικός), θα καταβάλλεται το των αναγνωρισμένων δαπανών                                                            | <b>0%</b>  |

## **Ι3. Σε μη Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα**

|                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| Στους νομούς Αττικής & Θεσσαλονίκης | <b>0%</b>  |
| Εκτός νομών Αττικής & Θεσσαλονίκης  | <b>80%</b> |

## **II. Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη**

(Αποκλειστικά στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και μόνο για περιπτώσεις που προκάλεσαν νοσηλεία, μέσα σε διάστημα 60 ημερών από την έναρξη και λήξη της νοσηλείας)

|                                                                                                                                                                                         |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Καλύπτονται Ιατρικές Επισκέψεις - Διαγνωστικές & Απεικονιστικές Εξετάσεις<br>Τηλέφωνο Συντονιστικού Κέντρου<br>(Απαραίτητη η επικοινωνία για χρήση παροχών Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης) | <b>2313 084 320</b> |
| <b>Ανώτατο ετήσιο ποσό παροχής κατ' άτομο</b>                                                                                                                                           | <b>1.000€</b>       |
| Απόδοση εξόδων                                                                                                                                                                          | <b>70%</b>          |

**Απαραίτητη προϋπόθεση για τη διενέργεια εξέτασης η προσκόμιση έγκυρου παραπεμπτικού ηλεκτρονικής συνταγογράφησης**

## **III) Πρόγραμμα Προληπτικού Ελέγχου (Τσεκ Απ)**

Οι εξετάσεις θα διενεργούνται για Ασφαλισμένους σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη αποκλειστικά στα εξωτερικά ιατρεία των Κλινικών Ευρωκλινική Αθηνών και Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης και στην υπόλοιπη Ελλάδα στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης.

Σε κάθε περίπτωση, απαραίτητη προϋπόθεση για τη διενέργεια του προληπτικού ελέγχου είναι ο Ασφαλισμένος να επικοινωνήσει με το Συντονιστικό Κέντρο **2313 084 320**

Παρέχεται μία φορά κατ' έτος, για όλους τους Ασφαλισμένους.

Ο προληπτικός έλεγχος υγείας περιλαμβάνει τις παρακάτω εξετάσεις:

|                |             |
|----------------|-------------|
| Γενική Αίματος | HDL - LDL   |
| Γενική Ούρων   | γ - GT      |
| Χοληστερίνη    | SGOT - SGPT |
| Σάκχαρο        | Ουρία       |
| Τριγλυκερίδια  | Ουρικό Οξύ  |
| T.K.E.         | Κρεατινίνη  |

#### Κάλυψη Επεμβάσεων Καταρράκτη

Στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα Ευρωκλινική Αθηνών και Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης η Εταιρία αποζημιώνει τα έξοδα της εγχείρησης τα οποία υπερβαίνουν τα 500€ ανά οφθαλμό. Το ποσό αυτό βαρύνει τον Ασφαλισμένο

**500€ /  
οφθαλμό**

Σε οποιοδήποτε άλλο Νοσοκομείο ή Οφθαλμολογικό Κέντρο  
Επίδομα επέμβασης καταρράκτη

**300€ /  
οφθαλμό**

#### Ε. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ

##### i) Σε περίπτωση νοσηλείας από Ατύχημα σε Δημόσιο Νοσοκομείο ή Κλινική

Ποσό ημερήσιου επιδόματος

**30€**

από την 1η ημέρα νοσηλείας και για κάθε ημέρα

Ανώτατο όριο παραμονής

**90 ημέρες**

##### ii) Σε περίπτωση νοσηλείας από Ασθένεια σε Δημόσιο Νοσοκομείο ή Κλινική

Ποσό ημερήσιου επιδόματος

**20€**

από την 1η ημέρα νοσηλείας και για κάθε ημέρα

Ανώτατο όριο παραμονής

**90 ημέρες**

#### ΣΤ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Σε περίπτωση που Ασφαλισμένος υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση σε Δημόσιο Νοσοκομείο, θα καταβάλλεται χειρουργικό επίδομα ίσο με ποσοστό (%) των ανάλογα με τη βαρύτητα της επέμβασης.

**Το επίδομα καταβάλλεται μόνο στη περίπτωση που η χειρουργική επέμβαση θα πραγματοποιηθεί σε Δημόσιο Νοσοκομείο.**

**1.800€**  
(Βάσει Πίνακα  
Κατάταξης  
Χειρουργικών  
Επεμβάσεων)

#### Ζ. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Τηλέφωνο Συντονιστικού Κέντρου

**2313 084 320**

Απαραίτητη η επικοινωνία για χρήση παροχών οδοντιατρικής φροντίδας στο Σ.Δ.Π.Π.

**Ισχύει**

## Η. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Μια φορά ανά ασφαλιστικό έτος, παρέχεται στους Ασφαλισμένους, ηλικίας 14 ετών και άνω, προληπτικός οφθαλμολογικός έλεγχος (τσεκ απ) αποκλειστικά στα Συμβεβλημένα με την Εταιρία Οφθαλμολογικά Κέντρα.

Ο Προληπτικός Οφθαλμολογικός Έλεγχος περιλαμβάνει τις ακόλουθες εξετάσεις:

|                                                |                                                        |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Οφθαλμολογική Εξέταση                          | Λήψη οφθαλμολογικού ιστορικού                          |
| Μέτρηση Οπτικής Οξύτητας                       | Τονομέτρηση                                            |
| Έλεγχος για παθήσεις κερατοειδούς - καταρράκτη | Έλεγχος για ύπαρξη μυωπίας, αστιγματισμού, πρεσβυωπίας |

Τηλεφωνικό Κέντρο για χρήση παροχής

**210 6416800 - 1**  
**210 6416139**

Συμμετοχή του Ασφαλισμένου

**10€**

**Τα Ασφαλισμένα Μέλη του Συνεταιρισμού καλύπτονται από όλες τις παροχές του Προγράμματος**

**Τα Επιδόματα μη χρήσεως δεν μεταβιβάζονται στους Νόμιμους Κληρονόμους - Προσωποπαγείς παροχές**

**Τα Εξαρτώμενα Μέλη καλύπτονται αποκλειστικά από τις παροχές Δ, Ε, ΣΤ, Ζ & Η**

# Πίνακας Παροχών

## ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ III

### A. ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

Σε περίπτωση ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του Ασφαλισμένου εξ' αιτίας ατυχήματος, θα του καταβάλλεται το 100% των εξόδων (εντός - εκτός Νοσοκομείου) κατά περίπτωση και μέχρι του ποσού των

**700€**

### B. ΕΥΡΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ

#### I) Νοσοκομειακή Περίθαλψη

##### Ανώτατο ποσό παροχής ανά άτομο ετησίως

**15.000€**

Καλύπτονται: Έξοδα για Δωμάτιο & Τροφή, έξοδα χειρουργείου, αμοιβές ιατρού, χειρουργού, αναισθησιολόγου, ειδικά υλικά, χειρουργικές επεμβάσεις χωρίς διανυκτέρευση, χρήση αποκλειστικής νυκτερινής νοσοκόμας, χρήση ασθενοφόρου για μεταφορά από και προς το Νοσοκομείο και λοιπές νοσηλευτικές υπηρεσίες με την προϋπόθεση ότι είναι αναγκαίες για την περίθαλψη του Ασφαλισμένου, έξοδα επείγουσας υγειονομικής μεταφοράς.

##### - Όριο για δωμάτιο και τροφή ημερησίως

**B' Θέση**

Σε περίπτωση που ο Ασφαλισμένος νοσηλευτεί σε θέση ανώτερη της αναγραφόμενης, θα χρεώνεται ποσόν 150€ ανά ημέρα νοσηλείας.

#### Απόδοση εξόδων

##### I1. Σε Ειδικά Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα

(Ευρωκλινική Αθηνών, Ευρωκλινική Παίδων, Ιατρόπολις Χαλανδρίου και Euromedica - Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης)

Επί πρωτότυπων αποδείξεων Αμοιβών Χειρουργού / Αναισθησιολόγου

**90%**

i) Σε περίπτωση που στη δαπάνη συμμετέχει άλλος ασφαλιστικός φορέας (δημόσιος ή ιδιωτικός), η προκύπτουσα διαφορά (αναγνωρισμένα έξοδα μείον δαπάνες που αποζημιώθηκαν από άλλο φορέα) αποζημιώνεται προς

**90%**

ii) Σε περίπτωση που στη δαπάνη δεν συμμετέχει άλλος ασφαλιστικός φορέας (δημόσιος ή ιδιωτικός), θα καταβάλλεται το των αναγνωρισμένων δαπανών

**50%**

##### I2. Στα Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα

(Βιοκλινική Αθηνών, Ιατρικό Περιστερίου, Ιατρικό Π. Φαλήρου, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο και Βιοκλινική Θεσσαλονίκης)

Επί πρωτότυπων αποδείξεων Αμοιβών Χειρουργού / Αναισθησιολόγου

**65%**

i) Σε περίπτωση που στη δαπάνη συμμετέχει άλλος ασφαλιστικός φορέας (δημόσιος ή ιδιωτικός), η προκύπτουσα διαφορά (αναγνωρισμένα έξοδα μείον δαπάνες που αποζημιώθηκαν από άλλο φορέα) αποζημιώνεται προς

**65%**

|                                                                                                                                                |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ii) Σε περίπτωση που στη δαπάνη δεν συμμετέχει άλλος ασφαλιστικός φορέας (δημόσιος ή ιδιωτικός), θα καταβάλλεται το των αναγνωρισμένων δαπανών | <b>0%</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

### **I3. Σε μη Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα**

|                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| Στους νομούς Αττικής & Θεσσαλονίκης | <b>0%</b>  |
| Εκτός νομών Αττικής & Θεσσαλονίκης  | <b>80%</b> |

### **II) Πρόγραμμα Προληπτικού Ελέγχου (Τσεκ Απ)**

Οι εξετάσεις θα διενεργούνται για Ασφαλισμένους σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη αποκλειστικά στα εξωτερικά ιατρεία των Κλινικών Ευρωκλινική Αθηνών και Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης και στην υπόλοιπη Ελλάδα στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης.

Σε κάθε περίπτωση, απαραίτητη προϋπόθεση για τη διενέργεια του προληπτικού ελέγχου είναι ο Ασφαλισμένος να επικοινωνήσει με το Συντονιστικό Κέντρο **2313 084 320**

Παρέχεται μία φορά κατ' έτος, για όλους τους Ασφαλισμένους.

Ο προληπτικός έλεγχος υγείας περιλαμβάνει τις παρακάτω εξετάσεις:

|                |             |
|----------------|-------------|
| Γενική Αίματος | HDL - LDL   |
| Γενική Ούρων   | γ - GT      |
| Χοληστερίνη    | SGOT - SGPT |
| Σάκχαρο        | Ουρία       |
| Τριγλυκερίδια  | Ουρικό Οξύ  |
| T.K.E.         | Κρεατινίνη  |

### **Κάλυψη Επεμβάσεων Καταρράκτη**

|                                                                                                                                                                                                          |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα Ευρωκλινική Αθηνών και Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης η Εταιρία αποζημιώνει τα έξοδα της εγχείρησης τα οποία υπερβαίνουν τα 500€ ανά οφθαλμό. Το ποσό αυτό βαρύνει τον Ασφαλισμένο | <b>500€ / οφθαλμό</b> |
| Σε οποιοδήποτε άλλο Νοσοκομείο ή Οφθαλμολογικό Κέντρο<br>Επίδομα επέμβασης καταρράκτη                                                                                                                    | <b>300€ / οφθαλμό</b> |

## **Γ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ**

|                                                                                                                                                            |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>i) Σε περίπτωση νοσηλείας από Ατύχημα σε Δημόσιο Νοσοκομείο ή Κλινική</b><br>Ποσό ημερήσιου επιδόματος<br>από την 1η ημέρα νοσηλείας και για κάθε ημέρα | <b>30€</b>       |
| Ανώτατο όριο παραμονής                                                                                                                                     | <b>90 ημέρες</b> |

|                                                                                                                                                       |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| ii) Σε περίπτωση νοσηλείας από Ασθένεια σε Δημόσιο Νοσοκομείο ή Κλινική<br>Ποσό ημερήσιου επιδόματος<br>από την 1η ημέρα νοσηλείας και για κάθε ημέρα | <b>20€</b>       |
| Ανώτατο όριο παραμονής                                                                                                                                | <b>90 ημέρες</b> |

#### **Δ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Σε περίπτωση που Ασφαλισμένος υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση σε Δημόσιο Νοσοκομείο, θα καταβάλλεται χειρουργικό επίδομα ίσο με ποσοστό (%) των<br>ανάλογα με τη βαρύτητα της επέμβασης.<br><br>Το επίδομα καταβάλλεται μόνο στη περίπτωση που η χειρουργική επέμβαση θα πραγματοποιηθεί σε Δημόσιο Νοσοκομείο. | <b>1.800€</b><br>(Βάσει Πίνακα Κατάταξης Χειρουργικών Επεμβάσεων) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

#### **Ε. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

|                                                                                 |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Τηλέφωνο Συντονιστικού Κέντρου                                                  | <b>2313 084 320</b> |
| Απαραίτητη η επικοινωνία για χρήση παροχών οδοντιατρικής φροντίδας στο Σ.Δ.Π.Π. | <b>Ισχύει</b>       |

#### **ΣΤ. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ**

Μια φορά ανά ασφαλιστικό έτος, παρέχεται στους Ασφαλισμένους, ηλικίας 14 ετών και άνω, προληπτικός οφθαλμολογικός έλεγχος (τσεκ απ) αποκλειστικά στα Συμβεβλημένα με την Εταιρία Οφθαλμολογικά Κέντρα.

Ο Προληπτικός Οφθαλμολογικός Έλεγχος περιλαμβάνει τις ακόλουθες εξετάσεις:

|                                                |                                                        |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Οφθαλμολογική Εξέταση                          | Λήψη οφθαλμολογικού ιστορικού                          |
| Μέτρηση Οπτικής Οξύτητας                       | Τονομέτρηση                                            |
| Έλεγχος για παθήσεις κερατοειδούς - καταρράκτη | Έλεγχος για ύπαρξη μυωπίας, αστιγματισμού, πρεσβυωπίας |

|                                     |                                        |
|-------------------------------------|----------------------------------------|
| Τηλεφωνικό Κέντρο για χρήση παροχής | <b>210 6416800 - 1<br/>210 6416139</b> |
| Συμμετοχή του Ασφαλισμένου          | <b>10€</b>                             |

**Τα Ασφαλισμένα Μέλη του Συνεταιρισμού καλύπτονται από όλες τις παροχές του Προγράμματος**

**Τα Επίδομα μη χρήσεως δεν μεταβιβάζονται στους Νόμιμους Κληρονόμους - Προσωποπαγείς παροχές**

# Απευθείας Κάλυψη

## Νοσοκομειακών Δαπανών

Κατά την εισαγωγή του σε Συμβεβλημένο Νοσηλευτικό Ίδρυμα, ο Ασφαλισμένος πρέπει να έχει μαζί του την αστυνομική του ταυτότητα ή κάποιο άλλο επίσημο έγγραφο το οποίο να αποδεικνύει τα στοιχεία του και να δηλώσει ως τρόπο εξόφλησης της δαπάνης την απευθείας εξόφληση από την ALLIANZ-ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ μέσω του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου **4906**.

### Ειδικά Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα

| ΑΘΗΝΑ                                  |                                            |             |
|----------------------------------------|--------------------------------------------|-------------|
| ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ                     | Αθανασιάδου 9, πάροδος Δ. Σούτσου, Αθήνα   | 210-6416600 |
| ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ                     | Αθανασιάδου 7-9, πάροδος Δ. Σούτσου, Αθήνα | 210-8691900 |
| ΙΑΤΡΟΠΟΛΙΣ ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ                  | Εθν. Αντιστάσεως 54-56, Χαλάνδρι           | 210-6796000 |
| ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ                            |                                            |             |
| EUROMEDICA ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ | Μ. Κάλλας 11 & Γραβιάς 1, Θεσσαλονίκη      | 2310-895100 |

### Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα

| ΑΘΗΝΑ                            |                                 |             |
|----------------------------------|---------------------------------|-------------|
| ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ                | Μ. Γερουλάνου 15, Αθήνα         | 210-6962600 |
| ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ              | Εθνάρχου Μακαρίου 60, Περιστέρι | 210-5799000 |
| ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΑΛΑΙΟΥ ΦΑΛΗΡΟΥ          | Άρεως 36, Παλαιό Φάληρο         | 210-9892100 |
| ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ | Λ. Συγγρού 356, Καλλιθέα        | 210-9493000 |
| ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ                      |                                 |             |
| ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ          | Μητροπόλεως 86, Θεσσαλονίκη     | 2310-372600 |

| ΛΟΙΠΗ ΕΛΛΑΔΑ (πλήν νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης) |  |  |
|----------------------------------------------------|--|--|
| Το σύνολο των ιδιωτικών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων     |  |  |

Η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα της μεταβολής του πίνακα Συμβεβλημένων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων χωρίς προηγούμενη ειδοποίηση του Λήπτη της Ασφάλισης.

# Παρατηρήσεις

## Παροχές - Εξαιρέσεις

Δεν καλύπτονται από το παρόν Πρόγραμμα κίνδυνοι που προέρχονται από:

### Για όλες τις παροχές:

- Για τους υπόλοιπους Ασφαλισμένους ισχύει αναμονή έξι (6) μηνών για την κάλυψη προϋπαρχουσών παθήσεων ή καταστάσεων με την προϋπόθεση ότι αυτές είχαν δηλωθεί στην Αίτηση Συμμετοχής στην Ασφάλιση και δε εξαιρέθηκαν με Ειδικό Όρο.
- Εισβολή ή επιδρομή εχθρού, εξωτερικό ή εμφύλιο πόλεμο, πολιτικές ή στρατιωτικές στάσεις, ανταρσίες, κινήματα, οχλαγωγίες, απεργίες, επιτάξεις, πράξεις σφετερισμού εξουσίας, καταστάσεις πολιορκίας καθώς και από οποιαδήποτε πολεμικά όπλα, μέσα ή ενέργειες, στρατιωτικά γυμνάσια ή ασκήσεις. Οποιαδήποτε υπηρεσία του Ασφαλισμένου στις ένοπλες δυνάμεις σε καιρό ειρήνης ή πολέμου.
- Αυτοκτονία κατά τον πρώτο χρόνο υπαγωγής στην ασφάλιση.
- Χρησιμοποίηση αεροπορικών μέσων μεταφοράς που δεν ανήκουν σε αναγνωρισμένες αεροπορικές εταιρίες ή που δεν εκτελούν κανονικά δρομολόγια, εξαιρουμένων των πτήσεων τσάρτερ.
- Άμεσες ή έμμεσες συνέπειες του μετασχηματισμού του ατομικού πυρήνα καθώς και ακτινοβολίες που προκαλούνται από την τεχνητή επιτάχυνση των ατομικών σωματιδίων.
- Αλκοολισμό ή χρήση ναρκωτικών.
- Ατυχήματα που θα συμβούν σε χρόνο που ο ασφαλισμένος βρίσκεται υπο την επήρεια ναρκωτικών, ηρεμιστικών διεγερτικών ουσιών ή σε κατάσταση μέθης (ποσοστό περιεκτικότητας

οινοπνεύματος στο αίμα πάνω από τα εκάστοτε νόμιμα όρια).

- Συμμετοχή του Ασφαλισμένου σε εγκληματικές ενέργειες.
- Το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας και τις επιπλοκές του.
- Διανοητικές και ψυχιατρικές παθήσεις, ψυχικές και ψυχωσικές διαταραχές.
- Ασθενείς που εκδηλώνονται πριν την πάροδο τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία υπαγωγής του Ασφαλισμένου στην ασφάλιση.

### Για τις παροχές Θάνατος και Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από Ατύχημα

- Αυτοχειρία ανεξάρτητα της διανοητικής κατάστασης του Ασφαλισμένου.
- Συμμετοχή σε αγώνες ταχύτητας, δοκιμές ή επιδείξεις αγώνων με χρήση μηχανικών μέσων, κάθε είδους επαγγελματική αθλητική δραστηριότητα, καταδύσεις, αναρριχήσεις με σχοινιά, πτήσεις με αερόστατο, πτώση με αλεξίπτωτο, αεροπτερισμό και εν γένει επικίνδυνα σπόρ.

### Για τις παροχές υγείας

- Παθήσεις οδόντων ή ούλων, εκτός αν κρίνεται απαραίτητη η θεραπεία εξαιτίας ατυχήματος που συνέβη κατά τη διάρκεια ισχύος του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.
- Εγκυμοσύνη, τοκετό, αποβολή, άμβλωση, εξωμήτρια κύηση ή θεραπεία βελτίωσης της ικανότητας για τεκνοποίηση, άμεσα ή έμμεσα.

ή θεραπεία βελτίωσης της ικανότητας για τεκνοποίηση, άμεσα ή έμμεσα.

- Αισθητικές ή πλαστικές χειρουργικές επεμβάσεις ή θεραπείες με σκοπό τον καλλωπισμό μερών του σώματος, απώλεια βάρους λόγω νοσογόνου παχυσαρκίας, ανατομικές δυσπλασίες, εκτός αν κρίνονται απαραίτητες μετά από ατύχημα που συνέβη κατά τη διάρκεια ισχύος του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.
- Παθήσεις των οφθαλμών.

- Θεραπείες αλκοολισμού ή χρήσης ναρκωτικών, διανοητικών και ψυχιατρικών παθήσεων, ψυχικών και ψυχωσικών διαταραχών.
- Διαγνωστικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται σε μη Συμβεβλημένα Διαγνωστικά Κέντρα.
- Ιατρικές Επισκέψεις που πραγματοποιούνται σε μη συμβεβλημένους Ιατρούς.
- Νοσηλείες στο εξωτερικό.

## Πώς Αποζημιώνεστε

### **Απαιτούμενα Δικαιολογητικά - Διαδικασίες Αποζημιώσεων**

Για κάθε αίτημα αποζημίωσης, μπορείτε είτε να αναρτήσετε τα δικαιολογητικά στην ηλεκτρονική πλατφόρμα των Ασφαλισμένων του Ομαδικού (portal), μέσω του ατομικού σας λογαριασμού, όπου θα υποβληθούν στο Τμήμα Αποζημιώσεων του Κλάδου Ομαδικών της ALLIANZ-ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΠΙΣΤΗΣ την αμέσως επόμενη εργάσιμη ημέρα, είτε ταχυδρομικά (email ή αλληλογραφία) συμπληρώνοντας την "ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ". Η διαδικασία αυτή δεν ισχύει σε περιπτώσεις χρήσης παροχών υγείας σε Συμβεβλημένο Νοσηλευτικό Ίδρυμα ή στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης.

Στις περιπτώσεις αυτές χρεώνεστε μόνο με το κατά περίπτωση ποσό της συμμετοχής σας, τη δε υπόλοιπη δαπάνη τη διακανονίζει η ALLIANZ-ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ απευθείας με τον Συμβεβλημένο Πάροχο Υγείας.

### **Ι) Σε περίπτωση Νοσοκομειακής Περίθαλψης (νοσηλείας):**

#### **α) Σε περίπτωση Νοσοκομειακής Περίθαλψης σε Ειδικά & Συμβεβλημένα Νοσοκομεία:**

Κατά την εισαγωγή σας σε Συμβεβλημένο Νοσοκομείο θα πρέπει να έχετε μαζί σας την Κάρτα Ασφάλισής σας, την ταυτότητά σας και να δηλώσετε σαν τρόπο πληρωμής την απευθείας εξόφληση από την ALLIANZ-ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ, σύμφωνα με τους όρους του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου **4906**.

Στην περίπτωση αυτή θα επιβαρυνθείτε μόνο με το ποσό συμμετοχής σας στις αναγνωρισμένες δαπάνες νοσηλείας.

### **β) Σε περίπτωση Νοσοκομειακής Περίθαλψης σε Μη Συμβεβλημένα Νοσοκομεία (Αποκλειστικά εκτός Αττικής & Θεσσαλονίκης)**

Κατά την εισαγωγή σας θα πρέπει να δηλώσετε ότι επιθυμείτε να γίνει χρήση των παροχών του Φορέα Κύριας Ασφάλισης. Θα καταβάλετε το σύνολο των δαπανών νοσηλείας που σας αναλογούν μετά τη συμμετοχή του Φορέα Κύριας Ασφάλισής σας στις δαπάνες και στη συνέχεια θα υποβάλετε τα πρωτότυπα τιμολόγια και αποδείξεις στην ALLIANZ-ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ για αποζημίωση, σύμφωνα με τους όρους, τα κεφάλαια και τα ποσοστά απόδοσης εξόδων που αναφέρονται στον Πίνακα Καλύψεων - Παροχών του Ομαδικού Συμβολαίου **4906**. Τα απαιτούμενα δικαιολογητικά είναι τα ακόλουθα:

- Εισιτήριο - Εξιτήριο νοσοκομείου στο οποίο να αναγράφεται η αιτία της νοσηλείας.
- Πρωτότυπο τιμολόγιο, στο οποίο να υπάρχει πλήρης ανάλυση εξόδων.
- Πρωτότυπες, θεωρημένες από την εφορία, αποδείξεις παροχής υπηρεσιών των γιατρών (χειρουργού, αναισθησιολόγου).
- Βεβαίωση του Νοσοκομείου σχετικά με τη συμμετοχή άλλου ασφαλιστικού φορέα στις δαπάνες.

Σε περίπτωση που χρησιμοποιήσατε υπηρεσίες αποκλειστικής νοσοκόμου και οι αποδείξεις που αυτή εκδίδει δεν είναι θεωρημένες από την εφορία, τότε πρέπει να τις θεωρήσει η Προϊσταμένη νοσοκόμος του Νοσοκομείου στο οποίο νοσηλευτήκατε.

## **II) Σε περίπτωση Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης**

Καλύπτονται επισκέψεις σε ιατρούς και Διαγνωστικά Κέντρα αποκλειστικά στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης (σύμφωνα με τα παρακάτω) και μόνο για περιπτώσεις που προκάλεσαν νοσηλεία Ασφαλισμένου. Οι ιατρικές επισκέψεις και / ή οι εξετάσεις θα πρέπει να πραγματοποιηθούν απαραίτητα μέσα σε 60 μέρες πριν ή μετά τη νοσηλεία.

Σε περίπτωση που αποφασίσετε να επισκεφθείτε γιατρό του Συμβεβλημένου Δικτύου Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης ή να πραγματοποιήσετε εξετάσεις σε διαγνωστικό κέντρο του Συμβεβλημένου Δικτύου, θα χρεωθείτε μόνο το ποσό που αντιστοιχεί στη συμμετοχή σας στο κόστος της επίσκεψης ή των εξετάσεων (30% επί του ειδικού τιμολογίου). Την υπόλοιπη δαπάνη θα τη διακανονίσει η ALLIANZ-ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ απευθείας με το Διαγνωστικό Κέντρο.

Προκειμένου να κάνετε χρήση των υπηρεσιών του Συμβεβλημένου Δικτύου Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, θα πρέπει υποχρεωτικά να επικοινωνήσετε με το Συντονιστικό Κέντρο στο τηλέφωνο **2313 084 320**. Σε περίπτωση που δεν επικοινωνήσετε με το Συντονιστικό Κέντρο δεν θα αποζημιωθείτε ακόμα και αν η ιατρική πράξη πραγματοποιηθεί σε Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο.

## **III) Προληπτικός Έλεγχος Υγείας**

Οι Ασφαλισμένοι (ασφαλισμένα μέλη και εξαρτώμενα μέλη) δικαιούνται έναν προληπτικό έλεγχο υγείας (τσεκ απ) ετησίως μέσω του Συμβεβλημένου Δικτύου.

Σε περίπτωση που αποφασίσετε να πραγματοποιήσετε το ετήσιο τσεκ απ σας, θα πρέπει να επικοινωνήσετε με το Συντονιστικό Κέντρο, **2313 084 320** προκειμένου να κλείσετε ραντεβού.

## **IV) Σε περίπτωση Νοσοκομειακού Επιδόματος**

Σε περίπτωση νοσηλείας σε Δημόσιο Νοσοκομείο ή Κλινική, δικαιούσθε επίδομα, με την υποβολή του σχετικού Εισιτηρίου - Εξιτηρίου του νοσοκομείου, στο οποίο θα αναγράφεται η αιτία της νοσηλείας.

## **V) Σε περίπτωση Χειρουργικού Επιδόματος**

Σε περίπτωση που στη διάρκεια νοσηλείας σας υποβληθείτε σε χειρουργική επέμβαση σε Δημόσιο Νοσοκομείο, δικαιούστε χειρουργικό επίδομα, ανάλογα με τη σοβαρότητα της επέμβασης. Τα δικαιολογητικά που πρέπει να υποβάλλετε είναι:

- Εισιτήριο - Εξιτήριο νοσοκομείου στο οποίο να αναγράφεται η αιτία της νοσηλείας και το είδος της χειρουργικής επέμβασης που πραγματοποιήθηκε.
- Αντίγραφο του Πρακτικού Χειρουργείου.

## **VI) Σε περίπτωση Οδοντιατρικής Φροντίδας**

Η Εταιρία καλύπτει το κόστος των οδοντιατρικών πράξεων ή θεραπειών του Ασφαλισμένου μετά από την αφαίρεση της εφάπαξ συμμετοχής του Ασφαλισμένου, που θα πραγματοποιηθούν σε συμβεβλημένο με την Εταιρία Οδοντιατρικό Κέντρο ή Οδοντιατρείο και αναφέρονται στον Πίνακα Οδοντιατρικών Πράξεων.

Η Εταιρία καλύπτει το κόστος ενός προληπτικού οδοντιατρικού ελέγχου ενήλικα Ασφαλισμένου ετησίως, με απαραίτητη προϋπόθεση να πραγματοποιηθεί σε Οδοντιατρικό Κέντρο ή Οδοντιατρείο συμβεβλημένο με την Εταιρία. Ο προληπτικός οδοντιατρικός έλεγχος περιλαμβάνει κλινική εξέταση, ακτινολογικό έλεγχο, απεικόνιση στοματικής κοιλότητας, διάγνωση και σχέδιο αποκατάστασης.

Επίσης, καλύπτει το κόστος ενός ορθοδοντικού ελέγχου ανηλίκου Ασφαλισμένου και επιπλέον μίας

φθορίωσης και απομάκρυνσης πλακών ετησίως, με απαραίτητη προϋπόθεση να πραγματοποιηθούν σε Οδοντιατρικό Κέντρο ή Οδοντιατρείο συμβεβλημένο με την Εταιρία. Ο ορθοδοντικός έλεγχος περιλαμβάνει κλινική εξέταση και διάγνωση.

| ΠΙΝΑΚΑΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ                                                    |                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Οδοντιατρικές Πράξεις                                                            | Συμμετοχή ασφαλισμένου<br>(περιλαμβάνονται όλες<br>οι νόμιμες επιβαρύνσεις) |
| <b>ΠΡΟΛΗΨΗ - ΕΛΕΓΧΟΣ</b>                                                         |                                                                             |
| Πρώτες βοήθειες - έκτακτο περιστατικό - ανακούφιση από πόνο                      | 20€                                                                         |
| Οδοντικός έλεγχος - σχέδιο θεραπείας                                             | 0€                                                                          |
| Τοπική ακτινογραφία                                                              | 0€                                                                          |
| Καθαρισμός οδοντών                                                               | 15€                                                                         |
| Φθορίωση (παιδιά)                                                                | 0€                                                                          |
| <b>ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ</b>                                                             |                                                                             |
| Ακτινογραφία πανοραμική ή κεφαλομετρική                                          | 15€                                                                         |
| <b>ΠΑΙΔΟΔΟΝΤΙΑ</b>                                                               |                                                                             |
| Κάλυψη οπών και σχισμών ανά δόντι                                                | 20€                                                                         |
| Έμφραξη νεογιλού απλή (ρητίνη)                                                   | 25€                                                                         |
| Πολφτομή νεογιλού                                                                | 20€                                                                         |
| Ανοξείδωτη στεφάνη νεογιλού                                                      | 40€                                                                         |
| Εξαγωγή νεογιλού                                                                 | 15€                                                                         |
| Επανεμφύτευση δοντιού - ακινητοποίηση                                            | 100€                                                                        |
| Αντιμετώπιση τραύματος με ακινητοποίηση                                          | 80€                                                                         |
| <b>ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ</b>                                                               |                                                                             |
| Οδοντιατρικός έλεγχος - εκτίμηση θεραπείας                                       | 0€                                                                          |
| Μελέτη - σχεδιασμός ορθοδοντικού περιστατικού (εκμαγεία - κεφαλομετρική ανάλυση) | 50€                                                                         |
| Ολοκληρωμένη ορθοδοντική θεραπεία                                                | 1580€                                                                       |
| Πρώιμη ορθοδοντική θεραπεία (μασελάκι)                                           | 380€                                                                        |
| <b>ΟΔΟΝΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ</b>                                                      |                                                                             |
| Εμφράξεις (ρητίνη) (ανάλογα την περιοχή και το εύρος της έμφραξης)               | 20-25€                                                                      |
| Όψεις - ανασυστάσεις με άξονες                                                   | 35€                                                                         |
| Λεύκανση με νάρθηκες και αναλώσιμα (σπίτι - γραφείο)                             | 120€                                                                        |
| Λεύκανση στο οδοντιατρείο (μια συνεδρία)                                         | 120€                                                                        |
| <b>ΑΚΙΝΗΤΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ</b>                                                        |                                                                             |
| Στεφάνη μεταλλοκεραμική ολοκληρωμένη (συμπεριλαμβανομένης της προσωρινής)        | 140€                                                                        |
| Στεφάνη ολοκεραμική (συμπεριλαμβανομένης της προσωρινής)                         | 160€                                                                        |

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ

| Οδοντιατρικές Πράξεις                                                            | Συμμετοχή ασφαλισμένου<br>(περιλαμβάνονται όλες<br>οι νόμιμες επιβαρύνσεις) |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Στεφάνη ζirkόνιο (συμπεριλαμβανομένης της προσωρινής)                            | 180€                                                                        |
| Αισθητική όψη πορσελάνης                                                         | 180€                                                                        |
| Νάρθηκας βρυγμού μαλακός - σκληρός                                               | 95€                                                                         |
| <b>Κινητή προσθετική</b>                                                         |                                                                             |
| Ολική οδοντοστοιχία                                                              | 450€                                                                        |
| Μερική οδοντοστοιχία                                                             | 500€                                                                        |
| Προσθήκη για ένα δόντι                                                           | 30€                                                                         |
| Επιπλέον δόντι                                                                   | 25€                                                                         |
| Αναγόμευση - ανακατασκευή βάσης                                                  | 75€                                                                         |
| Attachment                                                                       | 95€                                                                         |
| <b>Ενδοδοντία (γενικός οδοντίατρος)</b>                                          |                                                                             |
| Ενδοδοντική θεραπεία μονόριζου                                                   | 80€                                                                         |
| Ενδοδοντική θεραπεία δίριζου                                                     | 100€                                                                        |
| Ενδοδοντική θεραπεία πολύριζου                                                   | 120€                                                                        |
| <b>Χειρουργική στόματος</b>                                                      |                                                                             |
| Εξαγωγή ρίζας - δοντιού                                                          | 30€                                                                         |
| Χειρουργική εξαγωγή με κρημνό και συρραφή                                        | 100€                                                                        |
| <b>Τοποθέτηση εμφυτεύματος μονής - διπλής φράσης</b>                             |                                                                             |
| Εμφυτεύματος της στεφάνης επί του εμφυτεύματος και του ab-batman)                | 750€                                                                        |
| Ακροριζεκτομή με ανάστροφη έμφραξη                                               | 150€                                                                        |
| <b>Περιοδοντολογία (γενικός οδοντίατρος)</b>                                     |                                                                             |
| Θεραπεία ουλίτιδας (ανά συνεδρία)                                                | 60€                                                                         |
| Συντηρητική θεραπεία μέσης περιοδοντίτιδας (ανά τεταρτημόριο ή 6 πρόσθια δόντια) | 75€                                                                         |
| Χειρουργική θεραπεία μέσης περιοδοντίτιδας (ανά τεταρτημόριο ή 6 πρόσθια δόντια) | 90€                                                                         |
| Ακινητοποίηση δοντιών (ανά δόντι)                                                | 30€                                                                         |
| Εκτομή χαλινού                                                                   | 140€                                                                        |

## ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΙΚΟ (ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΟ) ΚΕΝΤΡΟ

Η χρήση του τηλεφωνικού κέντρου είναι υποχρεωτική σε περίπτωση που θέλετε να κάνετε χρήση υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένου και του ετήσιου τσεκ απ. Μπορείτε επίσης να απευθύνεστε στο Συντονιστικό Κέντρο για τον καλύτερο συντονισμό της εισαγωγής σας σε Νοσοκομείο ή ακόμα και για πληροφορίες σχετικά με τις ιατροφαρμακευτικές παροχές του Προγράμματος. Έχετε πρόσβαση στο Συντονιστικό Κέντρο, 24 ώρες το 24ωρο, 365 ημέρες το χρόνο, μέσω του τηλεφώνου **2313 084 320**.

# Σημειώσεις

- α) Σε περίπτωση που η Ασφαλιστική Εταιρία, σε κάποια χρονική στιγμή και κάτω από ορισμένες συνθήκες, δεν επιμένει στην αυστηρή εφαρμογή κάποιου όρου του Συμβολαίου, αυτό δεν μπορεί να ερμηνευτεί σαν παραίτηση της Ασφαλιστικής Εταιρίας από τον όρο αυτό. Δεν μπορεί ακόμη να ερμηνευτεί σαν τροποποίηση του σχετικού όρου, ούτε μπορεί να θεωρηθεί ότι ο όρος αυτός δεν θα εφαρμόζεται σε άλλη χρονική στιγμή ή συνθήκες.
- β) Το Τμήμα Αποζημιώσεων της Ασφαλιστικής Εταιρίας διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει οποιοδήποτε έντυπο θεωρήσει αναγκαίο για τη διακρίβωση των συνθηκών κάθε αιτήματος αποζημίωσης.
- γ) Για οποιαδήποτε αιτίαση οι πελάτες μπορούν να απευθύνονται στο Γραφείο Παραπόνων Πελατών της ALLIANZ-ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΠΙΣΤΗΣ (Λεωφ. Κηφισίας 274, 152 32 Χαλάνδρι, τηλ. 210 8119784, fax. 210 8119795, e-mail: [complaints@europaikipisti.gr](mailto:complaints@europaikipisti.gr)). Επίσης, οι πελάτες μπορούν να απευθύνονται σε νόμιμα λειτουργούσες αρχές, όπως ενδεικτικά και όχι περιοριστικά, τη Γενική Γραμματεία Καταναλωτή, το Συνήγορο του Καταναλωτή ή την Τράπεζα της Ελλάδος, τηρουμένων τυχόν υπαρχουσών κατά περίπτωση νομίμων προθεσμιών.
- δ) Οποιαδήποτε διαφορά προκύψει άμεσα ή έμμεσα από το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, υπόκειται στην αποκλειστική αρμοδιότητα των Δικαστηρίων της Αθήνας. Κάθε αξίωση που πηγάζει από το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, παραγράφεται μετά την παρέλευση της από το Νόμο προβλεπόμενης προθεσμίας.

Allianz Ευρωπαϊκή Πίστη  
Λεωφ. Κηφισίας 274,  
152 32 Χαλάνδρι  
Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών  
210 81 19 670

[www.allianz.gr](http://www.allianz.gr)

