

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ I & II

A. ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ

Σε περίπτωση θανάτου Ασφαλισμένου από οποιαδήποτε αιτία, θα καταβάλλεται στους δικαούχους ποσό ίσο με	3.000€
---	---------------

B. ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ & ΜΟΝΙΜΗΣ ΟΛΙΚΗΣ / ΜΕΡΙΚΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

Σε περίπτωση θανάτου Ασφαλισμένου από ατύχημα, θα καταβάλλεται στους δικαούχους του ποσό	5.000€
--	---------------

ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ ΠΟΣΟ ΙΣΟ ΜΕ	8.000€
--	---------------

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

Ανώτατο ποσό παροχής ανά άτομο ετησίως	37.000€
---	----------------

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 Παιδών)

Αμοιβές 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	60%

12. Στα Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα

(Βιοκλινική Αθηνών, Ιατρικό Περιστερίου, Ιατρικό Π. Φαλήρου, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Βιοκλινική Θεσσαλονίκης και Euromedica - Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης)

Αμοιβές Χειρουργού / Αναισθησιολόγου	80%
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	80%
ii) Σε περίπτωση που στη δαπάνη δεν συμμετέχει άλλος ασφαλιστικός φορέας (δημόσιος ή ιδιωτικός), θα καταβάλλεται το των αναγνωρισμένων δαπανών	60%

13. Σε μη Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα

Στους νομούς Αττικής & Θεσσαλονίκης

0%

Εκτός νομών Αττικής & Θεσσαλονίκης

80%

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 Τηλέφωνο Συντονιστικού Κέντρου (Απαραίτητη η επικοινωνία για χρήση παροχών Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης)	2313 084 320
Ανώτατο ετήσιο ποσό παροχής κατ' άτομο	1.000€
Απόδοση εξόδων	70%

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 από την 1η ημέρα νοσηλείας και για κάθε ημέρα	30€
Ανώτατο όριο παραμονής	90 ημέρες
ii) Σε περίπτωση νοσηλείας από Ασθένεια σε Δημόσιο Νοσοκομείο ή Κλινική Ποσό ημερήσιου επιδόματος από την 1η ημέρα νοσηλείας και για κάθε ημέρα	20€
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 - καταράκτη	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