



Πρόγραμμα Ομαδικής Ασφάλισης

Ενημερωτικό έντυπο

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Αγαπητέ ασφαλισμένε,

Με ιδιαίτερη χαρά σας παρουσιάζουμε το πρόγραμμα Ομαδικής Ασφάλισης Ζωής και Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης της ΑΤΤΙCΑ ΒΑΝΚ, που αποτελεί ένα επιπλέον προνόμιο που έχει εξασφαλίσει η Τράπεζα για τους εργαζομένους της.

Το πρόγραμμα αυτό δημιουργήθηκε ειδικά για το ανθρώπινο δυναμικό της ΑΤΤΙCΑ ΒΑΝΚ σε συνεργασία της ΑΤΤΙCΑ ΒΑΝΚ με την INTERAMERICAN, μέλος του ευρωπαϊκού Ομίλου ΑCHΜΕΑ, ο οποίος διαθέτει μεγάλη εμπειρία και τεχνογνωσία στον τομέα των Ομαδικών Ασφαλίσεων Προσωπικού Επιχειρήσεων.

Στόχος της παροχής είναι να συμβάλλει στην προστασία τη δική σας αλλά και της οικογενείας σας και να σας βοηθήσει να ξεπεράσετε τις οικονομικές δυσχέρειες που πιθανόν να δημιουργηθούν από απρόοπτα περιστατικά. Για να μπορείτε να αξιοποιήσετε στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό την παροχή αυτή για το δικό σας όφελος, σας επισυνάπτουμε ένα συνοπτικό Βιβλιάριο Ασφάλισης με τις καλύψεις σας καθώς και με το τι απαιτείται για να αποζημιώνεστε εύκολα και γρήγορα κάθε φορά. Οι όροι ασφάλισης του προγράμματός σας αναφέρονται αναλυτικά στο σύμβολο που έχει συνάψει η ΑΤΤΙCΑ ΒΑΝΚ με την INTERAMERICAN. Ο οδηγός αυτός είναι συνοπτικός και **σε καμία περίπτωση δεν υποκαθιστά το σύμβολο σας** το οποίο αποτελεί και το μοναδικό κριτήριο για την ερμηνεία οποιουδήποτε θέματος σχετικού με την ασφάλιση.

Με εκτίμηση

Διεύθυνση Ομαδικών Ασφαλίσεων
INTERAMERICAN

■ Γενικές Πληροφορίες

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ: 2003190

ΗΜ/ΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΙΣΧΥΟΣ ΑΛΛΑΓΩΝ : 01/07/2020

ΠΟΙΟΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Στην Ομαδική Ασφάλιση μπορεί να ενταχθεί όλο το προσωπικό της Attica Bank που είναι σε πλήρη και ενεργό υπηρεσία, και έχει ηλικία μικρότερη των 70 ετών.

Μέσω του Προγράμματος Ομαδικής Ασφάλισης και πιο συγκεκριμένα μέσω των παροχών «ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΥΡΕΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ» μπορούν να ασφαλιστούν και τα εξαρτώμενα μέλη της οικογένειάς του κυρίως ασφαλιζόμενου. Ως εξαρτώμενα μέλη νοούνται ο/η σύζυγος και τα παιδιά του. Οι σύζυγοι ασφαλιζονται μέχρι το 70ο έτος και τα παιδιά από τη 30η ημέρα της γέννησής τους και μέχρι την ηλικία των 25 ετών.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΕΛΩΝ

Συμπληρώνονται πλήρως και με ακρίβεια από τον κυρίως ασφαλισμένο τα έντυπα με τίτλο:

- ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΤΑΞΗΣ
- ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΣΧΥΣ ΚΑΙ ΛΗΞΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Το Πρόγραμμα Ομαδικής Ασφάλισης παρέχει 24ωρη και παγκόσμια κάλυψη. Η ασφάλιση του κυρίως ασφαλιζόμενου σταματάει όταν:

- Ο ασφαλιζόμενος αποχωρήσει από την Τράπεζα.
- Ο ασφαλιζόμενος συμπληρώσει το 70ο έτος της ηλικίας του.
- Ο συμβαλλόμενος καταγγείλει ή δεν ανανεώσει το συμβόλαιο.

Η ασφάλιση των εξαρτωμένων μελών σταματάει όταν:

- Στο τέλος του ημερολογιακού έτους εντός του οποίου το εξαρτώμενο συμπληρώνει το προβλεπόμενο όριο ηλικίας.
- Η ασφάλιση του κυρίως ασφαλιζόμενου τερματισθεί.
- Ο ασφαλιζόμενος σταματήσει να καταβάλλει το προβλεπόμενο ασφάλιστρο για την ασφάλιση του εξαρτώμενου μέλους.
- Ο συμβαλλόμενος καταγγείλει ή δεν ανανεώσει το συμβόλαιο.

ΚΟΣΤΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

- Το κόστος ασφάλισης των κυρίως ασφαλιζομένων επιβαρύνει εξ ολοκλήρου την Attica Bank.
- Το κόστος ασφάλισης των εξαρτωμένων μελών με τις καλύψεις «ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΥΡΕΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ» επιβαρύνει εξ ολοκλήρου τον κυρίως ασφαλιζόμενο.

ΠΑΡΟΧΕΣ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

Τα εξαρτώμενα μέλη καλύπτονται μόνο με τις παροχές «ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΥΡΕΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ».

Η ασφάλιση των εξαρτωμένων μελών ξεκινάει την πρώτη ημέρα του επόμενου μήνα από την ημερομηνία που η Ασφαλιστική Εταιρία κρίνει ότι μπορούν να ασφαλισθούν.

ΚΟΣΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ

Το μηνιαίο μικτό κόστος ασφάλισης των εξαρτωμένων μελών με τις παροχές Νοσοκομειακής, αναλύεται ως εξής:

- 1 εξαρτώμενο μέλος **€13,48**
- 2 ή περισσότερα εξαρτώμενα μέλη **€26,96**

Οι παραπάνω μηνιαίες τιμές ασφαλιστρών ισχύουν για την ασφαλιστική περίοδο (1/7/2020-31/12/2020) και ενδέχεται να μεταβληθούν κατά την ετήσια ανανέωση του συμβολαίου (1η Ιανουαρίου εκάστου έτους).

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ – ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

Για οποιαδήποτε πληροφορία, ερώτηση ή διευκρίνιση που σχετίζεται με το πρόγραμμα ασφάλισης, ο ασφαλιζόμενος μπορεί να επικοινωνεί στο τηλ. 210 9462000, τις εργάσιμες ημέρες και ώρες 09:00 έως 16:00 ή στο e-mail: custserv@interamerican.gr

■ Πίνακας παροχών

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ: 2003190

ΗΜ/ΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΙΣΧΥΟΣ ΑΛΛΑΓΩΝ : 01/07/2020

ΠΑΡΟΧΕΣ	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ ΠΟΣΟ ΞΥΡΩ
1. Ασφάλεια Ζωής	26,5 μηνιαίοι μισθοί
Ανώτατο όριο ασφαλιζόμενου ποσού ανά ασφαλιζόμενο	€300.000
2. Ασφάλεια Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας από ασθένεια	14,5 μηνιαίοι μισθοί
Ανώτατο όριο ασφαλιζόμενου ποσού ανά ασφαλιζόμενο Καλύπτεται ο ασφαλιζόμενος μέχρι το 70ο έτος της ηλικίας του.	€300.000
3. Ασφάλεια Θανάτου και Διαρκούς Ανικανότητας από ατύχημα	
α) Σε περίπτωση ατυχήματος	
• Θάνατος από ατύχημα	14,5 μηνιαίοι μισθοί
• Σε συνδυασμό με την Ασφάλεια Ζωής	41 μηνιαίοι μισθοί
• Διαρκής ολική ανικανότητα	14,5 μηνιαίοι μισθοί
• Διαρκής μερική ανικανότητα (%)	14,5 μηνιαίοι μισθοί
Ανώτατο όριο ασφαλιζόμενου ποσού ανά ασφαλιζόμενο	€300.000
β) Σε περίπτωση ατυχήματος που θα συμβεί με οποιοδήποτε μέσο μετακίνησης	
Σε περίπτωση θανάτου του ασφαλισμένου από ατύχημα, κατά τη διάρκεια μετακίνησης μέσω χερσαίας, θαλάσσιας ή εναέριας μεταφοράς, συμπεριλαμβανομένου και του ανεγκυστήρα, είτε είναι πεζό το ασφαλιζόμενο πρόσωπο είτε επιβάτης σ' αυτά και ανεξάρτητα εάν βρίσκεται σε υπηρεσία ή όχι, θα καταβάλλεται στους δικαιούχους του, ποσό ίσο με	14,5 μηνιαίοι μισθοί
Συνολικά το ασφαλιζόμενο ποσό σε συνδυασμό με τη παραπάνω παράγραφο (α) και την «Ασφάλεια Ζωής» ορίζεται σε:	55,5 μηνιαίοι μισθοί
Ανώτατο όριο ασφαλιζόμενου ποσού ανά ασφαλιζόμενο	€300.000
4. Ασφάλεια Ευρείας Νοσοκομειακής περίθαλψης από ατύχημα ή ασθένεια	
1. ΟΡΙΟ ΕΥΘΥΝΗΣ	
Το ανώτατο ποσό που αναγνωρίζει και καταβάλλει η Εταιρία για έξοδα εντός νοσοκομείου, ορίζεται για κάθε ασφαλιστικό έτος και για κάθε ασφαλιζόμενο, σε	€20.000
Σε περίπτωση που ο ασφαλιζόμενος νοσηλευθεί για μία ή περισσότερες από τις παρακάτω ασθένειες, το προαναφερόμενο ανώτατο ποσό αναγνωριζόμενων και καταβαλλομένων εξόδων προσαυξάνεται κατά 50% και ανέρχεται συνολικά για κάθε ασφαλιστικό έτος και για κάθε ασφαλιζόμενο σε	€30.000
<ol style="list-style-type: none"> 1. Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου 2. Αορτοστεφανιαία παράκαμψη (by – pass) 3. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο 4. Κακόηθες νεόπλασμα (καρκίνος) 5. Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια 6. Μεταμόσχευση οργάνου 7. Τύφλωση 8. Παράλυση / παραπληγία 9. Απώλεια όρασης 10. Απώλεια ενός άκρου 	

ΠΑΡΟΧΕΣ	ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ ΠΟΣΟ ΎΨΩ
2. ΑΠΑΛΛΑΣΣΟΜΕΝΟ ΠΟΣΟ Από το σύνολο των πραγματοποιηθέντων και αναγνωριζομένων από την Εταιρία εξόδων, αφαιρούνται για κάθε ασφαλιστικό έτος και για κάθε ασφαλιζόμενο, τα πρώτα ΕΥΡΩ 500,00.-	
3. ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΟΜΕΝΑ ΕΞΟΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	
α) Ημερήσια νοσήλια (δωμάτιο και τροφή): Εντός Ελλάδας, καλύπτεται θέση νοσηλείας Για κάλυψη Εκτός Ελλάδας ή σε Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης, ανώτατο ποσό που καταβάλλεται είναι	Β' (2κλινο) €600
β) Νοσοκομειακές Δαπάνες: Παρέχεται κάλυψη αναγνωριζόμενων εξόδων θέσης νοσηλείας. Για νοσηλεία εκτός Ελλάδας ή στη Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης η Εταιρία αναγνωρίζει και καλύπτει τα έξοδα που πραγματοποιήθηκαν για τις νοσοκομειακές δαπάνες σε οποιαδήποτε θέση νοσηλείας.	
γ) Χειρουργικές επεμβάσεις χωρίς νοσηλεία	
Καταβολή αποζημίωσης για τα ανωτέρω έξοδα με την απαραίτητη προϋπόθεση ότι θα έχει προηγηθεί χρήση Κύριου Ασφαλιστικού Φορέα Καταβολή αποζημίωσης για τα παραπάνω έξοδα A. Νοσηλεία σε Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα Η Εταιρία καταβάλλει από το σύνολο των αναγνωριζομένων εξόδων, με απευθείας κάλυψη , αποζημίωση ως εξής: <ul style="list-style-type: none"> • Εφόσον έχει καλυφθεί από αυτόν το 10% των συνολικών εξόδων, ίση με το • Εφόσον δεν έχει καλυφθεί από αυτόν το 10% των συνολικών εξόδων, ίση με το Αν ο ασφαλιζόμενος νοσηλευθεί σε «Θέση Νοσηλείας» ανώτερη της ως άνω αναγραφόμενης, το κατά περίπτωση ανωτέρω ποσοστό συμμετοχής της Εταιρίας στα πραγματοποιηθέντα και αναγνωριζόμενα έξοδα μειώνεται κατά δέκα (10) εκατοστιαίες μονάδες, ανά ανώτερη «θέση Νοσηλείας».	100% της διαφοράς 90% της διαφοράς
B. Νοσηλεία σε Μη Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα Η Εταιρία καταβάλλει από το σύνολο των αναγνωριζομένων εξόδων, απολογιστικά , αποζημίωση ως εξής: <ul style="list-style-type: none"> • Εφόσον έχει καλυφθεί από αυτόν το 20% των συνολικών εξόδων, ίση με το • Εφόσον δεν έχει καλυφθεί από αυτόν το 20% των συνολικών εξόδων, ίση με το Αν ο ασφαλιζόμενος νοσηλευθεί σε «Θέση Νοσηλείας» ανώτερη της ως άνω αναγραφόμενης, το κατά περίπτωση ανωτέρω ποσοστό συμμετοχής της Εταιρίας στα πραγματοποιηθέντα και αναγνωριζόμενα έξοδα μειώνεται κατά δέκα (10) εκατοστιαίες μονάδες, ανά ανώτερη «θέση Νοσηλείας».	100% της διαφοράς 80% της διαφοράς

<p>Γ. Νοσηλεία σε οποιοδήποτε μη Συμβεβλημένο Νοσηλευτικό Ίδρυμα εκτός Αθήνας – Θεσσαλονίκης καθώς και νοσηλεία εκτός Ελλάδας</p> <p>Η Εταιρία καταβάλλει από το σύνολο των αναγνωριζομένων εξόδων, απολογιστικά, αποζημίωση ως εξής:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Εφόσον έχει καλυφθεί από αυτόν το 10% των συνολικών εξόδων, ίση με το • Εφόσον δεν έχει καλυφθεί από αυτόν το 10% των συνολικών εξόδων, ίση με το <p>Αν ο ασφαλιζόμενος νοσηλευθεί σε «Θέση Νοσηλείας» ανώτερη της ως άνω αναγραφόμενης, το κατά περίπτωση ανωτέρω ποσοστό συμμετοχής της Εταιρίας στα πραγματοποιηθέντα και αναγνωριζόμενα έξοδα μειώνεται κατά δέκα (10) εκατοστιαίες μονάδες, ανά ανώτερη «θέση Νοσηλείας».</p>	<p>100% της διαφοράς</p> <p>90% της διαφοράς</p>
<p>Ειδικά και μόνο για τα εξαρτώμενα μέλη (παιδιά) που έχουν υπερβεί το 18^ο έτος της ηλικίας τους και έχουν απολέσει την ασφαλιστική κάλυψη από το Κύριο Ασφαλιστικό Φορέα (Κ.Α.Φ.), δεν θα είναι απαραίτητη η χρήση του. Σε περίπτωση όμως καταβολής αποζημίωσης, θα πρέπει να προσκομίζεται στην Εταιρία βεβαίωση από τον Κ.Α.Φ., περί μη ασφαλιστικής κάλυψης.</p>	
<p>Δ. Ειδικά για την προαναφερόμενη κάλυψη «α. Ημερήσια νοσηλεία (δωμάτιο και τροφή)», η Εταιρία καταβάλει από το σύνολο των αναγνωριζομένων εξόδων, αποζημίωση ίση με το</p>	<p>100%</p>
<p>Αμοιβή χειρουργού και αναισθησιολόγου</p> <p>Καταβολή αποζημίωσης</p> <p>Η Εταιρία καταβάλλει ποσό βάσει Πίνακα Χειρουργικών Επεμβάσεων. Σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης στο εξωτερικό το προαναφερόμενο ποσό διπλασιάζεται.</p> <p>Εάν προσκομισθεί απόδειξη πληρωμής της αμοιβής, καταβάλλεται το 100% της αμοιβής εφόσον δεν υπερβαίνει το ποσό του Πίνακα Χειρουργικών Επεμβάσεων, άλλως το ποσό του Πίνακα Χειρουργικών Επεμβάσεων.</p> <p>Εάν δεν προσκομισθεί η ως άνω απόδειξη, καταβάλλεται το 70% του ποσού του Πίνακα Χειρουργικών Επεμβάσεων, μέχρι</p>	<p>€3.220</p>
<p>4. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ Α – ΠΑΡΟΧΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ</p>	
<p>Καταβάλλεται επίδομα για:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Φυσιολογικό τοκετό • Καισαρική τομή • Αποβολή <p>Εφόσον οποιοδήποτε από τα ανωτέρω περιστατικά συμβεί μετά την πάροδο των δέκα (10) πρώτων μηνών από την ημερομηνία ασφάλισης της καλυπτόμενης γυναίκας.</p> <p>Για όσες καλυπτόμενες γυναίκες ενταχθούν στην ασφάλιση κατά την ημερομηνία έναρξης ισχύος του Ασφαλιστηρίου, δεν απαιτείται η πάροδος του ανωτέρω χρονικού διαστήματος.</p>	<p>€1.000</p> <p>€1.500</p> <p>€250</p>
<p>5. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ Β – ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ</p>	
<p>Σε περίπτωση νοσηλείας σε οποιοδήποτε νοσοκομείο εντός Ελλάδας και εφόσον ο ασφαλιζόμενος δεν αποζημιωθεί από το παραπάνω Προσάρτημα βάσει εξόδων (αποδείξεις παροχής υπηρεσιών, τιμολόγια) που πραγματοποίησε για την ίδια νοσηλεία, η Εταιρία καταβάλλει για κάθε ημέρα νοσηλείας επίδομα, με ποσό ίσο με</p> <p>Ανώτατος αριθμός ημερών καταβολής επιδόματος:</p> <p>Η εν λόγω κάλυψη ισχύει κατά περίπτωση νοσηλείας.</p>	<p>€80</p> <p>90 ημέρες</p>

ΠΑΡΟΧΕΣ		ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ ΠΟΣΟ ΞΥΡΩ
6. Συμπληρωματική Κάλυψη Δ – Κάλυψη προληπτικού ελέγχου υγείας (check-up)		
<p>Η Εταιρία καλύπτει, μία φορά σε κάθε ασφαλιστικό έτος, τον κυρίως ασφαλιζόμενο, μετά τη συμπλήρωση του εικοστού (20ού) έτους της ηλικίας του, περιοριστικά, για τις παρακάτω διαγνωστικές και ιατρικές εξετάσεις:</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Γενική αίματος • Γενική ούρων • Σάκχαρο • Ουρία 	<ul style="list-style-type: none"> • Ουρικό Οξύ • Χοληστερίνη • Κρεατινίνη • ΤΚΕ 	<ul style="list-style-type: none"> • Τριγλυκερίδια • SGOT • SGPT • HDL • LDL • Γ-GT
<p>Οι εξετάσεις πραγματοποιούνται ενιαία αποκλειστικά και μόνο μέσω του Δικτύου Υπηρεσιών Υγείας «ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ»</p>		
Ομαδικό Ατύχημα		
Ανώτατο όριο		€6.000.000

■ Νοσοκομειακή περίθαλψη

1. Νοσοκομειακή περίθαλψη

A. Απευθείας κάλυψη σε συμβεβλημένα νοσηλευτικά ιδρύματα

Η INTERAMERICAN καταβάλλει το ποσό που προβλέπεται από το ασφαλιστήριο **απευθείας** στα **συμβεβλημένα νοσηλευτικά ιδρύματα**, ενώ εσείς καταβάλλετε μόνο το ποσό της συμμετοχής που σας αναλογεί.

Κατά την επίσκεψή σας σε οποιοδήποτε νοσηλευτικό ίδρυμα:

- Φροντίστε να έχετε μαζί σας την **αστυνομική σας ταυτότητα**
- Αναφέρετε οπωσδήποτε ότι έχετε **ομαδικό ασφαλιστήριο INTERAMERICAN, τον αριθμό του και την επωνυμία** της Τράπεζας.

Από τον κατάλογο που ακολουθεί, επιλέξτε το νοσηλευτικό ίδρυμα που σας εξυπηρετεί καλύτερα για να κλείσετε το ραντεβού σας. Για την τελευταία ενημερωμένη έκδοση του καταλόγου, μπείτε στο <http://www.interamerican.gr/default.asp?pid=581&la=1>, καθώς είναι δυνατόν οι συμβάσεις να έχουν τροποποιηθεί.

ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

ΑΘΗΝΑ

ΑΘΗΝΑΪΚΗ MEDICLINIC Δορυλαίου 24, 115 21 Αθήνα (Πλ. Μαβίλη), τηλ. 210 647 5000, www.athinaiki-mediclinic.gr	ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ Αθανασιάδου 9, 115 21 Αθήνα (Αμπελόκηποι), τηλ. 210 641 6600, www.euroclinic.gr
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ Λεμεσού 39-41 & Αχαρνών 209, 104 46 Αθήνα, τηλ. 210 869 1900, www.euroclinic.gr	ΥΓΕΙΑ Ερυθρού Σταυρού 4 & Κηφισίας, 151 23 Μαρούσι, τηλ. 210 686 7000, www.hygeia.gr
METROPOLITAN Ε. Μακαρίου 9 & Ε. Βενιζέλου 1, 185 47 Ν. Φάληρο, τηλ. 210 480 9000, www.metropolitan-hospital.gr	ΩΝΑΣΕΙΟ Λ. Συγγρού 356, 176 74 Καλλιθέα, τηλ. 210 949 3000, www.onasseio.gr
ΙΑΣΩ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική (καλύπτονται όλα τα περιστατικά εκτός από τον τοκετό) Λεωφ. Κηφισίας 37-39, 151 23 Μαρούσι, τηλ. 210 618 4000, www.iaso.gr	ΙΑΣΩ Παιδιατρική Κλινική Λεωφ. Κηφισίας 37-39, 151 23 Μαρούσι, τηλ. 210-618 3000, www.iaso-paidon.gr/en/
MEDITERRANEO HOSPITAL Ηλείας 8-12, 166 75 Γλυφάδα τηλ. 210-911 7000, www.mediterraneohospital.gr	ΜΗΤΕΡΑ (καλύπτονται όλα τα περιστατικά εκτός από τα παιδιατρικά και τους τοκετούς) Ερυθρού Σταυρού 6 & Κηφισίας, 151 23 Μαρούσι, τηλ. 210 686 9000, www.mitera.gr
ΕΥΓΕΝΙΔΕΙΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ Παπαδιαμαντοπούλου 20, Ιλίσια Τηλ.: 210 720 8100, www.eugenideio.gr	ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ Διστόμου 5-7, Μαρούσι τηλ. 210 619 8100 - 120, www.iatriko.gr
METROPOLITAN (ΙΑΣΩ) GENERAL Μεσογείων 264, Χολαργός Τηλ.: 210 6502000, www.iaso.gr	ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ Εθνάρχου Μακαρίου 60, Περιστέρι τηλ. 210 579 9000, www.iatriko.gr
ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΑΛΑΙΟΥ ΦΑΛΗΡΟΥ Άρεως 36, Παλαιό Φάληρο τηλ. 210 989 2100, www.iatriko.gr	ΙΑΤΡΙΚΟ ΨΥΧΙΚΟΥ Άντερσεν 1, Ψυχικό τηλ. 210 697 4000 - 120, www.iatriko.gr
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ Διστόμου 5 -7, Μαρούσι τηλ. 210 619 8100, www.iatriko.gr	ΡΕΑ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ (καλύπτονται όλα τα περιστατικά εκτός από τους τοκετούς) Λεωφ. Συγγρού 383 Παλαιό Φάληρο τηλ. 210 949 5000, www.reamaternity.gr

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ ΓΕΝ. ΚΛΙΝΙΚΗ

Βιζύης 1, 546 31 Θεσσαλονίκη
τηλ. 2310-966100, www.kianous-stavros.gr

ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Γραβιάς 2, 546 45 Θεσσαλονίκη
τηλ. 2310-895100, www.genikikliniki.gr

ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Μητροπόλεως 86, 546 22 Θεσσαλονίκη,
τηλ. 2310-372600, www.bioclinic.gr

ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

552 36 Πανόραμα Θεσσαλονίκης
τηλ. 2310-380000, www.klinikiagiosloukas.gr

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Ασκληπείου 10, Θεσσαλονίκη
τηλ. 2310 400 000, www.iatriko.gr

ΥΠΟΛΟΙΠΗ ΕΛΛΑΔΑ

ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

Ζωγράφου 8, 712 01 Ηράκλειο
τηλ. 2810-246140, www.asklepieion.gr

ΜΗΤΕΡΑ ΚΡΗΤΗΣ

Αρχ. Μακαρίου & Σοφ.Βενιζέλου, 712 01 Ηράκλειο,
τηλ. 2810-396700, www.euromedica.gr

CRETA INTERCLINIC

Μίνωος 63, 712 01 Ηράκλειο
τηλ. 2810-373800, www.cic.gr

ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΑΒΡΙΛΑΚΗ

Μάρκου Μπότσαρη 76, 731 36 Χανιά
τηλ. 28210-70800, www.iasishospital.gr

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΧΑΝΙΩΝ

Νικηφόρου Φωκά 3, 731 32 Χανιά
τηλ. 28210-52688

ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

(καλύπτονται όλα τα περιστατικά εκτός από τον τοκετό)
8ο χλμ. Π.Ε.Ο. Λάρισας-Αθηνών, 415 00 Λάρισα,
τηλ. 2410-555450, www.iaso.gr

ΟΛΥΜΠΙΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ

Βόλου & Μειλίχου, Κάτω Συχαινά, Πάτρα
τηλ. 2610 464000, www.olympion-sa.gr

ΚΛΙΝΙΚΗ «ΕΛΕΥΘΩ» ΑΡΓΥΡΟΥΔΗ

Γ. Βερίτη 49, 821 00 Βαρβάσι, Χίος
τηλ. 22710-29777, 22710-29888, www.eleftho.gr

ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ

Δημοτικό Διαμέρισμα Κοσκινού, Δήμος Καλλιθέας
TK 851 05 Ρόδος
τηλ. 22410- 45294 , 22410-45000

B. Απολογιστική κάλυψη εξόδων

Σε περίπτωση που απευθυνθείτε σε δημόσια ή μη συμβεβλημένα νοσηλευτικά ιδρύματα, η αποζημίωσή σας καταβάλλεται απολογιστικά και όχι απευθείας, αφού πρώτα συμπληρώσετε και στείλετε στην Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού της Τράπεζας τα δικαιολογητικά που χρειάζονται για κάθε περίπτωση.

2. Προληπτικός έλεγχος υγείας – Check up

Για τη κάλυψη του ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΓΕΙΑΣ «Check up», μπορείτε να κλείσετε τηλεφωνικά ραντεβού στο δίκτυο διαγνωστικών κέντρων της ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗΣ, αναφέροντας το όνομα της Attica Bank, τον αριθμό ασφαλιστηρίου και το ονοματεπώνυμό σας. Κατά τη προσέλευσή σας για τη πραγματοποίηση των εξετάσεων, να έχετε μαζί σας το Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας.

■ Δικαιολογητικά για την καταβολή των αποζημιώσεων

1. Ασφάλεια Ζωής (Θάνατος από οποιαδήποτε αιτία)

- Γραπτή αναγγελία του Συμβαλλόμενου, με το ονοματεπώνυμο του Ασφαλισμένου, την ημερομηνία και την αιτία του συμβάντος.
- Ληξιαρχική πράξη θανάτου
- Αν ο Ασφαλισμένος δεν έχει ορίσει δικαιούχους, τότε απαιτείται κληρονομητήριο.
- Όταν οι δικαιούχοι ή κληρονόμοι είναι ανήλικα παιδιά, απαιτείται πιστοποιητικό από το βιβλίο εκούσιας δικαιοδοσίας του αρμόδιου πρωτοδικείου «ότι δεν εκδόθηκε απόφαση έκπτωσης ή παύσης της μητέρας ή του πατέρα, από τη Γονική Μέριμνα των ανηλίκων».
- Πιστοποιητικό της Εφορίας ότι δηλώθηκε το ποσό της αποζημίωσης από τους δικαιούχους και κρίθηκε ή δεν κρίθηκε φορολογητέο, αφού πρώτα η Εταιρία χορηγήσει ανάλογη βεβαίωση καταβολής ασφαλίματος.

2. Ασφάλεια Θανάτου από ατύχημα

Εκτός από τα παραπάνω, σε αυτήν την περίπτωση, χρειάζονται επιπλέον:

- Απόσπασμα από το βιβλίο συμβάντων της αρμόδιας αρχής
- Ιατροδικαστική έκθεση νεκροψίας -νεκροτομής
- Έκθεση τοξικολογικής εξέτασης

3. Ασφάλεια Διάρκουσ Ολικής ή Μερικής Ανικανότητας από ατύχημα

- Δήλωση ατυχήματος προς τον κύριο ασφαλιστικό φορέα
- Απόσπασμα από το βιβλίο συμβάντων της αρμόδιας αρχής
- Απεικονιστικές εξετάσεις (Πορίσματα και Films)
- Απόφαση της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής του κύριου ασφαλιστικού φορέα, με το ιστορικό της περίπτωσης και το αντίστοιχο σκεπτικό.
- Απόφαση του Διευθυντή Υποκαταστήματος του Κύριου Ασφαλιστικού Φορέα, για την οριστικοποίηση και το βαθμό (ποσοστό) της ανικανότητας, ως συνέπεια του ατυχήματος.

4. Ασφάλεια Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας από ασθένεια

- Απόφαση της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής του κύριου ασφαλιστικού φορέα, με το ιστορικό της περίπτωσης και το αντίστοιχο σκεπτικό.
- Απόφαση του Διευθυντή Υποκαταστήματος του κύριου ασφαλιστικού φορέα, για την οριστικοποίηση και τον βαθμό (ποσοστό) της ανικανότητας, ως συνέπεια του ατυχήματος.
- Τα πρωτότυπα βιβλιάρια ασθένειας του κύριου ασφαλιστικού φορέα

5. Ασφάλεια Ευρείας Νοσοκομειακής Περίθαλψης

- Πρωτότυπα δελτία παροχής υπηρεσιών του νοσηλευτικού ιδρύματος, θεωρημένα από την Εφορία ή αθεώρητα με βάση την Α.Υ.Ο. Π.Ο.Λ. 1105/1999) με την ανάλυση των χρεώσεων.
- Αντίστοιχες πρωτότυπες αποδείξεις είσπραξης των παραπάνω.
- Πρωτότυπα ονομαστικά τιμολόγια αγοράς φαρμάκων της νοσηλείας, με επικολλημένες τις αντίστοιχες επικέτες (κουπόνια), καθώς και πρωτότυπες αποδείξεις αγοράς ειδικών υλικών που χρησιμοποιήθηκαν.
- Πρωτότυπα δελτία παροχής υπηρεσιών για αμοιβές χειρουργών, αναισθησιολόγων, αποκλειστικών νοσοκόμων και μαιών, στις οποίες πρέπει να αναγράφεται το είδος της παρεχόμενης υπηρεσίας.
- Εξιτήριο - γνωμάτευση του νοσηλευτικού ιδρύματος, με τον αριθμό των ημερών νοσηλείας και την αιτία της.
- Πρωτότυπη απόφαση κάλυψης και πρωτότυπη βεβαίωση κάθε φορέα κύριας, επικουρικής ή ιδιωτικής ασφάλισης, για την Εφορία, από τα οποία θα προκύπτει ότι παρακρατήθηκαν όλα τα πρωτότυπα παραστατικά από το φορέα και με βάση τα οποία καταβλήθηκε μέρος των εξόδων.

Σημείωση

Για όλες τις περιπτώσεις, η ασφαλιστική εταιρία μπορεί να ζητήσει οποιοδήποτε πρόσθετο στοιχείο χρειάζεται για την αξιολόγηση της περίπτωσης και την καταβολή της αποζημίωσης.

Όπου δεν αναφέρεται «πρωτότυπο» παραστατικό, απαιτείται επικυρωμένο αντίγραφο από την αρμόδια αρχή.

■ Χρήσιμες πληροφορίες για τη διαχείριση του ομαδικού σας προγράμματος

Απευθείας κάλυψη σε συμβεβλημένα νοσηλευτικά ιδρύματα

Τι πρέπει να γνωρίζω αν χρειαστεί να νοσηλευτώ;

Προγραμματισμένη Νοσηλεία

Σε περίπτωση προγραμματισμένης νοσηλείας σας, παρακαλούμε να ακολουθήσετε τα παρακάτω βήματα για την δική σας άμεση και ασφαλή εξυπηρέτηση.

1ο Βήμα. - Επιλογή νοσοκομείου

Μπορείτε να επιλέξετε οποιοδήποτε νοσοκομείο επιθυμείτε. Ωστόσο, σας προτείνουμε να νοσηλευτείτε σε ένα από τα **συνεργαζόμενα νοσοκομεία**, καθώς θα μπορέσετε να επωφεληθείτε των εξής πλεονεκτημάτων:

- Απευθείας κάλυψη των εξόδων νοσηλείας καθώς και του ΦΠΑ, χωρίς να χρειαστεί να εκταμιεύσετε χρήματα, (πέρα από την όποια συμμετοχή που τυχόν προβλέπεται στο συμβόλαιό σας).
- Απευθείας κάλυψη της αμοιβής του θεράποντος γιατρού σας, βάσει προσυμφωνημένων ορίων. Εσείς δε θα χρειαστεί να καταβάλλετε τίποτα επιπλέον.

Στο πλαίσιο αυτό, θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι ο Όμιλος INTERAMERICAN διαθέτει στις ιδιόκτητες δομές του την «**ΑΘΗΝΑΪΚΗ MEDICLINIC**» η οποία εξειδικεύεται σε περιστατικά ημερήσιας νοσηλείας και πιστοποιήθηκε πρόσφατα με το ISO 15224.

2ο Βήμα. - Προαναγγελία περιστατικού (σε προαιρετική βάση)

Προκειμένου να γνωρίζετε εκ των προτέρων με ποιο τρόπο θα καλυφθείτε, έχουμε σχεδιάσει τη διαδικασία της «προαναγγελίας». Το βήμα αυτό είναι προαιρετικό, αφορά μόνο στα συνεργαζόμενα νοσοκομεία Αθήνας και Θεσσαλονίκης και σχεδιάστηκε με σκοπό να σας προσφέρει άμεσα την ασφαλή γνώση για την κάλυψη της νοσηλείας που έχετε προγραμματίσει.

Αναφορικά με τις δικές σας ενέργειες, η διαδικασία είναι η εξής:

- Καλείτε στο συνεργαζόμενο γραφείο της εταιρίας μας που βρίσκεται στο νοσοκομείο που έχετε επιλέξει να νοσηλευτείτε (στην πίσω σελίδα ακολουθεί λίστα των συνεργαζόμενων νοσοκομείων και σχετικά στοιχεία επικοινωνίας).
- Αφού ενημερωθείτε για το ωράριο λειτουργίας του γραφείου μας, προσέρχεστε εκεί (τουλάχιστον 5 μέρες νωρίτερα από την προγραμματισμένη νοσηλεία) έχοντας μαζί σας τα παρακάτω έγγραφα:
 1. τον αριθμό του ασφαλιστηρίου συμβολαίου σας,
 2. την ιατρική έκθεση για την αιτία νοσηλείας και την θεραπεία που θα ακολουθηθεί,
 3. την αστυνομική σας ταυτότητα,
 4. το βιβλιάριο υγείας σας.

Ακολούθως, η Interamerican ενημερώνει το νοσοκομείο για την κάλυψη των εξόδων νοσηλείας σας, σύμφωνα πάντα με τους όρους του προγράμματος Ομαδικής Ασφάλισης υγείας, και στη συνέχεια το γραφείο μας σας γνωστοποιεί την κάλυψη της νοσηλείας σας. Η Interamerican καθορίζει το ποσό της κάλυψης λαμβάνοντας υπόψη:

- τους όρους του συμβολαίου σας
- εάν έχετε κάνει χρήση ΕΟΠΥΥ ή άλλου ασφαλιστικού φορέα
- εάν έχετε προβεί σε αναβάθμιση θέσης νοσηλείας
- εάν έχετε καλύψει το ετήσιο ανώτατο όριο κάλυψης / την ετήσια συμμετοχή σας

3ο Βήμα. - Προγραμματισμένη νοσηλεία

Προσέρχεστε, όπως έχετε συμφωνήσει με το γραφείο της Interamerican, στο εκάστοτε γραφείο κίνησης νοσοκομείου. Το νοσοκομείο ενημερώνει την Interamerican για την εισαγωγή σας.

Η Interamerican πληρώνει απευθείας στο συνεργαζόμενο νοσοκομείο τα έξοδα νοσηλείας που έχει εγκρίνει να αποζημιώσει καθώς και τις σχετικές αμοιβές γιατρού.

Άλλες σχετικές πληροφορίες

Η διαδικασία συμμετοχής του ΕΟΠΥΥ στις δαπάνες νοσηλείας σας είναι πλήρως αυτοματοποιημένη και δεν απαιτείται καμία δική σας παρέμβαση, παρά μόνο η προσκόμιση του βιβλιαρίου στο γραφείο κίνησης του νοσοκομείου που θα νοσηλευτείτε.

Με τη χρήση του ΕΟΠΥΥ ή οποιουδήποτε άλλου ασφαλιστικού φορέα μειώνεται ή έως και μηδενίζεται η όποια συμμετοχή σας στα έξοδα νοσηλείας (σύμφωνα με όσα ορίζονται στο ασφαλιστήριό σας).

Ακόμα και αν το ασφαλιστήριό σας προβλέπει κάλυψη 100%, και πάλι η χρήση του ΕΟΠΥΥ ή άλλου ασφαλιστικού φορέα είναι προς όφελός σας γιατί έτσι επιτυγχάνεται καλύτερη διαχείριση του συνολικού κόστους νοσηλείας.

Τι άλλο θα πρέπει να θυμάμαι;

Ότι αν τυχόν έχουν περάσει περισσότερες από 30 ημέρες από τότε που ο γιατρός σας συνέστησε νοσηλεία ή χειρουργική επέμβαση, πρέπει να τον επισκεφθείτε ξανά γιατί στο διάστημα αυτό είναι δυνατό να έχει μεταβληθεί η κατάσταση της υγείας σας και να απαιτείται διαφορετική αντιμετώπιση.

Συνεργαζόμενα Νοσοκομεία με διαδικασία προαναγγελίας περιστατικού

ΑΘΗΝΑ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟ ΓΡΑΦΕΙΟ Τηλέφωνο
<ul style="list-style-type: none"> Αθηναϊκή Mediclinic Δορυλαίου 24, Αθήνα, www.athinaiki-mediclinic.gr 	210 6962490
<ul style="list-style-type: none"> Ευγενίδειο Θεραπευτήριο Παπαδιαμαντοπούλου 20, Ιλίσια, www.eugenideio.gr 	210 9307674
<ul style="list-style-type: none"> Ευρωκλινική Αθηνών Αθανασιάδου 7-9, Αθήνα, www.euroclinic.gr 	210 6416063
<ul style="list-style-type: none"> Ευρωκλινική Παίδων Αθανασιάδου 7-9, Αθήνα, www.euroclinic.gr 	210 6416842
<ul style="list-style-type: none"> Ιασώ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική (καλύπτονται όλα τα γυναικολογικά περιστατικά, εκτός από τον τοκετό) Λεωφ. Κηφισίας 37-39, Μαρούσι, www.iaso.gr 	210 6184144
<ul style="list-style-type: none"> Ιασώ Παιδιατρική Κλινική Λεωφ. Κηφισίας 37-39, Μαρούσι, http://www.iaso-paidon.gr/en/ 	210 6184144
<ul style="list-style-type: none"> Ιασώ General Μεσογείων 264, Χολαργός, www.iaso.gr 	210 6502171
<ul style="list-style-type: none"> Ιατρικό Κέντρο Αθηνών Διστόμου 5-7, Μαρούσι, www.iatriko.gr 	210 6862668 210 6862669
<ul style="list-style-type: none"> Ιατρικό Παλαιού Φαλήρου Άρεως 36, Παλαιό Φάληρο, www.iatriko.gr 	210 9495726
<ul style="list-style-type: none"> Ιατρικό Περιστερίου Εθνάρχου Μακαρίου 60, Περιστέρι, www.iatriko.gr 	210 9495726
<ul style="list-style-type: none"> Ιατρικό Ψυχικού Άντερσεν 1, Ψυχικό, www.iatriko.gr 	210 9006399
<ul style="list-style-type: none"> Μητέρα Γενική Κλινική (καλύπτονται όλα τα περιστατικά, εκτός από παιδιατρικά και τοκετοί) Ερυθρού Σταυρού 6, Μαρούσι, www.mitera.gr 	210 6869105

<ul style="list-style-type: none"> • Παιδιατρικό Κέντρο Αθηνών Διστόμου 5 -7, Μαρούσι, www.iatriko.gr 	210 6862668 210 6862669
<ul style="list-style-type: none"> • Ρέα Γυναικολογική και Γενική Κλινική (καλύπτονται όλα τα περιστατικά, εκτός από τους τοκετούς) Λεωφ. Συγγρού 383 & Πεντέλης 17, Παλαιό Φάληρο, www.reamaternity.gr 	210 9307900
<ul style="list-style-type: none"> • Υγεία Λ. Κηφισίας & Ερυθρού Σταυρού 4, Μαρούσι, www.hygeia.gr 	210 6867812
<ul style="list-style-type: none"> • Ωνάσειο Λ. Συγγρού 356, Καλλιθέα, www.onasseio.gr 	210 9495726
<ul style="list-style-type: none"> • MEDITERRANEO HOSPITAL Διαγνωστική και Νοσηλευτική Κλινική Δραγίνη ΑΕ Ηλείας 8-12, Γλυφάδα, www.mediterraneohospital.gr 	210 9307917
<ul style="list-style-type: none"> • Metropolitan Εθνάρχου Μακαρίου & Ελ. Βενιζέλου 1, Ν. Φάληρο www.metropolitan-hospital.gr 	210 4809222 210 4809233

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

<ul style="list-style-type: none"> • Αγ. Λουκάς Γενική Κλινική Πανόραμμα Θεσσαλονίκης, www.klinikiagiosloukas.gr 	2310 345246
<ul style="list-style-type: none"> • Κυανούς Σταυρός Γενική Κλινική Βιζύης 1, Θεσσαλονίκη, www.kianous-stavros.gr 	2310 845367
<ul style="list-style-type: none"> • Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης Ασκληπιείου 10, Θεσσαλονίκη, www.iatriko.gr 	2310 471887
<ul style="list-style-type: none"> • Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης Μαρίας Κάλλας 11 & Γραβιάς 2, Θεσσαλονίκη, www.genikikliniki.gr 	2310 845367
<ul style="list-style-type: none"> • Βιοκλινική Γενική Κλινική Μητροπόλεως 86, www.bioclinic.gr 	2310 845367

Απολογιστική κάλυψη

1. Υποβολή δικαιολογητικών προς αποζημίωση.

Για να αποζημιωθείτε με βάση το συμβόλαιο, θα πρέπει ο ασφαλιζόμενος ή άλλος δικαιούχος (ανάλογα με την περίπτωση) της αποζημίωσης να αποστέλλει στη Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού, με δική του ευθύνη όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά και αποδεικτικά στοιχεία που έχει καταρχήν στη διάθεσή του και που απαιτούνται για την αξιολόγηση του αιτήματος προς αποζημίωση. Τα δικαιολογητικά θα πρέπει να αποστέλλονται στη Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού σε κλειστό φάκελο, ο οποίος θα συνοδεύεται από το Έντυπο Αποστολής Δικαιολογητικών Αποζημιώσεων.

2. Έλεγχος δικαιολογητικών που υποβλήθηκαν προς αποζημίωση.

Όσες περιπτώσεις αποζημίωσης δεν απαιτούν περαιτέρω διευκρινίσεις ή την υποβολή συμπληρωματικών δικαιολογητικών, προωθούνται για πληρωμή.

Όσες περιπτώσεις αποζημίωσης απαιτούν περαιτέρω διευκρινίσεις ή την υποβολή συμπληρωματικών δικαιολογητικών, κοινοποιούνται στη Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού της Τράπεζας, με ειδική σημείωση για την εκκρεμότητα που πρέπει να τακτοποιηθεί με μέριμνα του Ασφαλιζόμενου ή των δικαιούχων ανάλογα με τη περίπτωση.

Όσες περιπτώσεις αποζημίωσης απορρίπτονται, κοινοποιούνται στη Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού της Τράπεζας με ειδική σημείωση για τους λόγους της απόρριψής τους.

Στη συνέχεια, η Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού της Τράπεζας φροντίζει για τη περαιτέρω ενημέρωση των ασφαλιζόμενων.

3. Καταβολή αποζημιώσεων

Η INTERAMERICAN προχωράει σε καταβολή των αποζημιώσεων εντός 15 εργάσιμων ημερών, για όσες περιπτώσεις έχουν εκκαθαρισθεί και δεν εκκρεμεί η αποστολή συμπληρωματικών δικαιολογητικών.

Το ποσό της αποζημίωσης καταβάλλεται στο τραπεζικό λογαριασμό IBAN του ασφαλιζόμενου που έχει δηλωθεί στην INTERAMERICAN.

Η INTERAMERICAN αποστέλλει ανάλυση της αποζημίωσης στο email του ασφαλιζόμενου που έχει δηλωθεί.

Χρήση του ομαδικού ασφαλιστηρίου στο εξωτερικό

Σε περίπτωση νοσηλείας ή επέλευσης οποιουδήποτε καλυπτομένου κινδύνου στο εξωτερικό, όλα τα παραστατικά, δηλαδή πρωτότυπα τιμολόγια νοσοκομείου και εξοφλητικές αποδείξεις αυτών (τιμολόγια νοσηλείας, ειδικών υλικών κ.λπ.), καθώς και πρωτότυπες αποδείξεις γιατρών, πρέπει να είναι μεταφρασμένα στα ελληνικά και επικυρωμένα από τις τοπικές ελληνικές προξενικές αρχές. Αν δεν υπάρχει ελληνικό προξενείο, η επικύρωση πρέπει να γίνεται από την τοπική αρχή του ξένου κράτους που έχει τη σχετική εξουσιοδότηση.

■ Άμεση Ιατρική Βοήθεια INTERAMERICAN

ΠΑΡΟΧΕΣ

1. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΠΑΘΟΝΤΟΣ

Σε περίπτωση ξαφνικής ασθένειας ή ατυχήματος του ασφαλισμένου, ενώ βρίσκεται μακριά από τον τόπο της μόνιμης διαμονής του στην Ελλάδα, η INTERAMERICAN ΒΟΗΘΕΙΑΣ, με δικά της μέσα (ασθενοφόρα αυτοκίνητα, υγειονομικά ελικόπτερα, αεροπλάνα κλπ.) ή με μέσα τρίτων, αναλαμβάνει την ασφαλή και υπεύθυνη μεταφορά του από το Κέντρο Υγείας ή το Νοσηλευτικό Ίδρυμα όπου του προσφέρθηκαν αρχικά οι δυνάμενες να του παρασχεθούν σ' αυτό ιατρικές υπηρεσίες και εφ' όσον διαπιστωθεί ότι η κατάστασή του χρήζει περαιτέρω αντιμετώπισης, στο πλησιέστερο κατάλληλο για την περίπτωσή του Νοσηλευτικό Ίδρυμα.

Η μεταφορά οργανώνεται αποκλειστικά και μόνο με ιατρικά κριτήρια, κατά την κρίση του ιατρού που επιλήφθηκε του περιστατικού.

2. ΕΠΑΝΑΠΑΤΡΙΣΜΟΣ ΣΥΝΤΑΞΙΔΕΥΟΝΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η INTERAMERICAN ΒΟΗΘΕΙΑΣ αναλαμβάνει επιπλέον της μεταφοράς του ασφαλισμένου παθόντος, την οργάνωση και τα έξοδα για τον επαναπατρισμό των μη παθόντων μελών της οικογένειάς του που τυχόν τον συνόδευαν.

3. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΙΣΙΤΗΡΙΟΥ ΜΕΤ' ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΣΤΕΝΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΤΟΥ ΠΑΘΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΝΑ ΑΝΑΛΑΒΕΙ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΝΗΛΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Σε περίπτωση κατά την οποία ο παθών ασφαλισμένος νοσηλευθεί λόγω αιφνίδιας ασθένειας ή ατυχήματος σε νοσοκομείο και τα ανήλικα παιδιά του που τυχόν τον συνόδευαν δεν έχουν μαζί τους άλλο συνοδό, τότε η INTERAMERICAN ΒΟΗΘΕΙΑΣ θα χορηγήσει σε στενό συγγενή του παθόντος εισιτήριο μετάβασης και επιστροφής με αεροπλάνο ή άλλο πρόσφορο μέσο για να αναλάβει τη φροντίδα των ανηλικών παιδιών ή θα φροντίσει για τον άμεσο και ασφαλή επαναπατρισμό τους με ειδική συνοδό.

4. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΙΣΙΤΗΡΙΟΥ ΜΕΤΑΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΣΤΕΝΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΤΟΥ ΠΑΘΟΝΤΟΣ ΣΤΟΝ ΤΟΠΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΟΥ

Αν ο ασφαλισμένος χρειασθεί να νοσηλευθεί λόγω ξαφνικής ασθένειας ή ατυχήματος και προβλέπεται η νοσηλεία του στο Νοσοκομείο να διαρκέσει πέραν των δέκα (10) ημερών, η INTERAMERICAN ΒΟΗΘΕΙΑΣ θα χορηγήσει σ' ένα στενό συγγενή του, ένα (1) εισιτήριο με αεροπλάνο ή άλλο πρόσφορο μέσο, μετ' επιστροφής στον τόπο μόνιμης διαμονής του στην Ελλάδα, προκειμένου να τον επισκεφθεί στο εν λόγω Νοσοκομείο, υπό την προϋπόθεση ότι ο παθών δεν συνοδεύεται από κάποιον άλλο στενό συγγενή του.

5. ΚΑΛΥΨΗ ΕΞΟΔΩΝ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟΥ ΣΕ ΣΤΕΝΟ ΣΥΓΓΕΝΗ ΤΟΥ ΠΑΘΟΝΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

Σε περίπτωση που υλοποιηθεί η παραπάνω υπ' αριθ. 4 παροχή, η Εταιρία, θα καλύψει και τα έξοδα ξενοδοχείου στον συγκεκριμένο συγγενή, στον οποίο εδόθη εισιτήριο μετάβασης και επιστροφής, κατά το χρόνο που διαρκεί η νοσηλεία του παθόντος, για πέντε (5) ημέρες κατ' ανώτατο όριο μέχρι μεν ποσού € 50,00 ημερησίως στην Ελλάδα.

Η εν λόγω αποζημίωση θα καταβάλλεται από την Εταιρία στο δικαιούχο, αφού προσκομισθούν σ' αυτή οι σχετικές πρωτότυπες αποδείξεις.

6. ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΟΡΟΥ

Σε περίπτωση θανάτου του ασφαλισμένου, λόγω ξαφνικής ασθένειας ή ατυχήματος, η INTERAMERICAN ΒΟΗΘΕΙΑΣ αναλαμβάνει επιπλέον της διεκπεραίωσης όλων των απαιτούμενων διαδικασιών την οργάνωση και τα έξοδα έως € 1.000,00 για μεταφορά της σορού εντός Ελλάδος.

7. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΙΣΙΤΗΡΙΟΥ ΠΡΩΩΡΗΣ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΝΑΜΕΤΑΒΑΣΗΣ

Σε περίπτωση θανάτου στην Ελλάδα στενού συγγενούς του ασφαλισμένου η INTERAMERICAN ΒΟΗΘΕΙΑΣ θα χορηγήσει στον ασφαλισμένο του οποίου πέθανε ο στενός συγγενής εισιτήριο με αεροπλάνο ή άλλο πρόσφορο μέσο για πρόωρη επιστροφή στον τόπο μόνιμης διαμονής του και επαναμετάβασης εντός 8 ημερών στον τόπο του ταξιδιού του.

8. ΠΑΡΟΧΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ

Η INTERAMERICAN ΒΟΗΘΕΙΑΣ παρέχει στους ασφαλισμένους της μέσω του Συντονιστικού της Κέντρου Άμεσης Βοήθειας στην Ελλάδα και σε 24ωρη βάση, ιατρικές συμβουλές σχετικά με κάθε απρόβλεπτο περιστατικό υγείας που μπορεί να οδηγήσει ή όχι σε υγειονομική μεταφορά, πληροφορίες υγειονομικής φύσεως, (εμβολιασμοί, προληπτικά μέτρα κλπ.) καθώς επίσης και πληροφορίες υγειονομικής εξυπηρέτησης (εφημερεύοντα νοσοκομεία, γιατροί κλπ).

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1. Το Συντονιστικό Κέντρο της **INTERAMERICAN ΒΟΗΘΕΙΑΣ** λειτουργεί **όλο το 24ωρο**.

Σε περίπτωση ανάγκης τηλεφωνήστε: **1010** ή **(210) 94.61.999** .

2. Σε περίπτωση βλάβης του δικτύου ΟΤΕ στο κινητό 6932-237.000 .

Η ασφάλιση που παρέχεται από το παραπάνω Ομαδικό Ασφαλιστήριο καλύπτει ολόκληρο το 24ωρο τον ασφαλισμένο, έως το 70ο έτος.(σύζυγος έως 70ο & τα παιδιά έως το 18ο έτος).

3. Οι καλύψεις της INTERAMERICAN ΒΟΗΘΕΙΑΣ παρέχονται στην **Ελλάδα**.

4. Δεν καλύπτονται περιστατικά που οφείλονται σε: χρήση ναρκωτικών, μέθη, απόπειρα αυτοκτονίας, νευρολογικές παθήσεις, λοιμώδεις νόσους, προϋπάρχουσες ασθένειες, εγκυμοσύνη μεγαλύτερη των 4 μηνών, επαγγελματική συμμετοχή σε αγώνες ή άθλημα, πόλεμο, πολιτικές ταραχές, τρομοκρατικές ενέργειες.

■ Διευθύνσεις Διαγνωστικών Κέντρων «ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ» για την κάλυψη Προληπτικού Ελέγχου Υγείας «Check-up»

ΑΘΗΝΑ

- **ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΩΝ-ΚΕΝΤΡΙΚΟ**
Κηφισίας 132 & Παπαδά, Αμπελόκηποι, Τηλ.: 210 6966 000, Fax: 210 6966 164
- **ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ ΜΙΧΑΛΑΚΟΠΟΥΛΟΥ**
Μιχαλακοπούλου 2-6, Περιοχή Χίλτον, Τηλ.: 210 7263 800, Fax: 210 7258 552
- **ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ ΣΤΟΥΡΝΑΡΗ**
Στουρνάρη 29, Αθήνα, Τηλ.: 210 3817686, Fax: 210 3837830
- **ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ ΚΗΦΙΣΙΑ**
Κηφισίας 227, (κτίριο 2), Ανάβρυτα, Τηλ.: 210 6124 592, Fax: 210 6127 802
- **ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ ΑΛΙΜΟΥ**
Λεωφόρος Βουλιαγμένης 578, Άλιμος, Τηλ.: 210 9937 770, Fax: 210 9916 880
- **ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ ΑΓΙΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ**
Μεσογείων 384, Αγία Παρασκευή, Τηλ.: 210 6007 006, Fax: 210 6008 862
- **ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΥ**
Γρηγορίου Λαμπράκη 106, Κορυδαλλός, Τηλ.: 210 5698 588, Fax: 210 5698 665
- **ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ**
Ελ. Βενιζέλου 155-157, Καλλιθέα, Τηλ.: 210 9591 100, Fax: 210 9591 354
- **ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ ΠΕΙΡΑΙΑ**
Ηρώων Πολυτεχνείου 55-57, Τηλ.: 210 4297 446-8, Fax: 210 4297 449
- **ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ ΝΕΑ ΙΩΝΙΑΣ**
Μελίνας Μερκούρη 34, Νέα Ιωνία, Τηλ.: 210 2836 208, Fax: 210 2836 211
- **ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ**
Παναγή Τσαλδάρη 75-77, Περιστέρι, Τηλ.: 210 5782 390, Fax: 210 5775 590
- **ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ**
Λ. Πεντέλης 44 & Ηρακλέους 2, Χαλάνδρι, Τηλ.: 210 6800991-2, Fax: 210 6800996
- **ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ ΠΑΤΗΣΙΩΝ**
Πατησίων 125, Αθήνα, Τηλ.: 210 8237 100, Fax: 210 8238 008
- **ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ Π. ΦΑΛΗΡΟΥ**
Υμηττού 7 & Πεντέλης , Π. Φάληρο, Τηλ.: 210 9409 611, Fax: 210 9409 614
- **ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΓΛΥΦΑΔΑΣ**
Λεωφ. Βουλιαγμένης 134, Γλυφάδα, Τηλ.: 210 8981 174, Fax: 210 8943 570
- **ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΙΓΑΛΕΩ**
Λεωφ. Αθηνών 429Α, Αιγάλεω, Τηλ.: 210 5317794-8, Fax: 210 5317756
- **ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ ΠΑΛΛΗΝΗΣ**
Κρήτης & Σαλαμίνας 87, Λ. Μαραθώνος, Τηλ.: 210 6034 414, Fax: 210 6034 498

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

- **ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**
Βασ. Όλγας 154, Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 88100-99, Fax: 2310 880 120
- **ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ - ΚΕΝΤΡΟ ΠΟΛΕΩΣ**
Ερμού 53, Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 281 876-7, Fax: 2310 285 262

-
- **ΕΥΡΩΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΛΑΜΑΡΙΑΣ**
Εθν. Αντιστάσεως 18-20, Καλαμαριά, Τηλ.: 2310 459660, Fax: 2310 459670

 - **ΕΥΡΩΔΙΑΓΝΩΣΗ ΞΗΡΟΚΡΗΝΗΣ**
Γρ. Κολωνιάρη 55, Ξηροκρήνη, Τηλ.: 2310 548122, 2310 548165

 - **ΕΥΡΩΔΙΑΓΝΩΣΗ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ**
Κλεάνθους 8-10, Περιοχή Ιπποκράτειου, Τηλ.: 2310 868460, Fax: 2310 868460

 - **ΕΥΡΩΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΥΟΣΜΟΥ**
Καραολή 150 & Δημητρίου, Εύοσμος, Τηλ.: 2310 774540, Fax: 2310 774541

 - **ΕΥΡΩΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΕΑΠΟΛΗΣ**
Ανδρέα Παπανδρέου 246, Νεάπολη, Τηλ.: 2310 672002, Fax: 2310 672 002

 - **ΕΥΡΩΔΙΑΓΝΩΣΗ ΘΕΡΜΑΪΚΟΥ Ι.Α.Ε.**
Λεωφ. Θεσσαλονίκης 2, Περαιά Θεσσαλονίκης, Τηλ.: 23920 22622 , Fax: 23920 22206
-

■ Εξαιρέσεις στην Ασφάλεια Ευρείας Νοσοκομειακής Περίθαλψης

Δεν καλύπτονται έξοδα που πραγματοποιούνται λόγω περίθαλψης εντός νοσοκομείου για:

1. Ασθένεια ή ατύχημα που η επέλευσή τους οφείλεται ολικά ή μερικά, άμεσα ή έμμεσα σε μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες αιτίες:
 - Αεροπορικά ατυχήματα, εκτός αν το ατύχημα συμβεί όταν ο ασφαλιζόμενος ταξιδεύει ως επιβάτης ή πλήρωμα αεροσκάφους αεροπορικής εταιρίας που λειτουργεί νόμιμα και εκτελεί τακτικές γραμμές εναέριων συγκοινωνιών ή γραμμές charters.
 - Συμμετοχή του ασφαλιζομένου σε επαγγελματικούς ή ερασιτεχνικούς αγώνες ή προπονήσεις πυγμαχίας ή πάλης
 - Κατάδυση, αλεξιπτωτισμό, αιωροπτερισμό, ανεμοπτερισμό και πτήση με αερόστατο.
 - Συμμετοχή σε αγώνες ταχύτητας με μηχανοκίνητα μέσα.
 - Επιδράσεις ατομικής, πυρηνικής ενέργειας ή χημικής μόλυνσης.
 - Διανοητικές, νευροφυτικές διαταραχές και ψυχιατρικές παθήσεις ή ασθένειες, απώλεια συνείδησης.
 - Ιδιοπαθή επιληψία και επιληπτικές κρίσεις που συνοδεύονται από απώλεια συνείδησης ή μη.
 - Τονικούς και τονικοκλονικούς σπασμούς εξαιρουμένων των πυρετικών σπασμών.
 - Χρήση ναρκωτικών ή παραισθησιογόνων ουσιών.
2. Συγγενείς παθήσεις, με την επιφύλαξη των οριζόμενων στο Άρθρο 5 του Ασφαλιστηρίου.
3. Ηθελημένη διακοπή κύησης.
4. Ιατρικές και Εργαστηριακές διαγνωστικές εξετάσεις, εντός ή εκτός νοσοκομείου, ως πακέτο ή μεμονωμένα, οι οποίες διενεργούνται προληπτικά για παρακολούθηση της γενικής κατάστασης της υγείας και όχι κατόπιν έγγραφης γνωμάτευσης για συγκεκριμένη υπάρχουσα ένδειξη που αναφέρεται στη γνωμάτευση, η οποία γίνεται από ιατρό ειδικότητας σχετικής με την ως άνω ένδειξη και στην οποία (γνωμάτευση) αναφέρονται συγκεκριμένα και λεπτομερώς οι εξετάσεις (δηλαδή δεν καλύπτεται το CHECK-UP).
5. Επεμβάσεις πλαστικής χειρουργικής και γενικά επεμβάσεις που πραγματοποιούνται από πλαστικούς ή αισθητικούς χειρουργούς, εκτός αν οι επεμβάσεις αυτές είναι απαραίτητες για την αποκατάσταση των συνεπειών ατυχήματος και πραγματοποιούνται εντός ενός (1) έτους από την ημέρα του ατυχήματος ή κακοθών νεοπλασιών, οι περιπτώσεις των οποίων καλύπτονται σύμφωνα με τους όρους του Προσαρτήματος αυτού.
6. Θεραπεία και επεμβάσεις για τη διόρθωση:
 - των διαθλαστικών ανωμαλιών των οφθαλμών,
 - της ακουστικής οξύτητας
 - των οδόντων και των ούλων, εκτός από τα απαραίτητα για την αποκατάσταση των συνεπειών ατυχήματος, που καλύπτεται από το Προσάρτημα, λόγω του οποίου πραγματοποιήθηκε νοσηλεία, με την προϋπόθεση ότι η θεραπεία ή οι επεμβάσεις πραγματοποιούνται εντός ενός (1) έτους από την ημέρα του ατυχήματος, οπότε καλύπτονται ως νοσοκομειακές δαπάνες.
7. Αλκοολισμό και υπερβολική χρήση οιοπνευματωδών ποτών.
8. Έλεγχο, επεμβατικό ή μη της στειρότητας καθώς και οποιαδήποτε επέμβαση θεραπείας που αποβλέπει στην αποκατάσταση της στειρότητας, καθώς και τα φαρμακευτικά και επεμβατικά στάδια που προηγούνται και συμβάλλουν στην ολοκλήρωση της τεχνητής γονιμοποίησης (δηλαδή λαπαροσκόπηση επεμβατική ή μη, υστεροσκόπηση επεμβατική ή μη, καταστολή και πρόκληση της ωοθηκικής λειτουργίας με φαρμακευτική αγωγή για την παραγωγή συγχρόνως πολλαπλών ωαρίων, ωοληψία, γονιμοποίηση, εμφύτευση πολλαπλών εμβρύων στο εσωτερικό της μήτρας, καθώς και για οποιονδήποτε λόγο μείωση των εμφυτευμένων εμβρύων) και επιπλοκές αυτών.
9. Εξετάσεις (αλλεργικά test) η θεραπεία αλλεργίας.
10. Παρακολούθηση της εγκυμοσύνης και των επιπλοκών αυτής, εκτός των περιπτώσεων της εξωμητρίου κύησης, της αποβολής ή παλινδρόμου κύησης και της ιατρικά επιβεβλημένης διακοπής κύησης που καλύπτονται μετά το χρονικό διάστημα συνεχούς ασφάλισης που ορίζεται στον Πίνακα Παροχών και Ασφαλίσεων του Ασφαλιστηρίου. Ειδικά για την κάλυψη των δαπανών της αποβολής σύμφωνα με τους όρους του παρόντος Προσαρτήματος απαιτείται, επιπλέον της συμπλήρωσης του προαναφερομένου χρονικού διαστήματος, το καλυπτόμενο πρόσωπο να μην λάβει από την Εταιρία οποιαδήποτε άλλη αποζημίωση ή παροχή για την ίδια ασφαλιστική περίπτωση δυνάμει οποιουδήποτε άλλου Προσαρτήματος ή οποιασδήποτε συμπληρωματικής κάλυψης.

11. Τοκετό και τις επιπλοκές αυτού.
12. Εξετάσεις και ιατρικές πράξεις που δεν έχουν σχέση με την αιτία για την οποία έγινε η νοσηλεία.
13. Αγορά και τοποθέτηση τεχνητών προσθετικών τμημάτων του σώματος, διορθωτικών συσκευών και υποβοηθητικών της λειτουργίας αυτών μηχανημάτων.
Κατ' εξαίρεση όμως καλύπτονται, αποκλειστικά και μόνο, οι δαπάνες αγοράς και τοποθέτησης μοσχεύματος κερατοειδούς, ενδοφακού, μοσχεύματος αρτηριών, βαλβίδας καρδιάς, βηματοδότη, απινειδωτού και υλικών οστεοσύνθεσης, τεχνητού προσθετικού χεριού, ποδιού και απλού τεχνητού ματιού, όταν είναι ιατρικά βεβαιωμένο ότι η τοποθέτηση αυτών είναι απαραίτητη συνεπεία ατυχήματος ή ασθένειας που συνέβη μετά την έναρξη ισχύος της ασφάλισης του καλυπτομένου προσώπου σύμφωνα με τα προαναφερόμενα. Δεν καλύπτεται όμως η αλλαγή όλων των ανωτέρω τεχνητών προσθετικών, προθέσεων και υλικών είτε αυτά υπήρχαν πριν από την έναρξη ισχύος της ασφάλισης του καλυπτομένου προσώπου σύμφωνα με τα προαναφερόμενα, είτε τοποθετήθηκαν μετά από αυτή.
14. Πάσης φύσεως θεραπείες ή επεμβάσεις για παχυσαρκία

