


Κλάδος Ομαδικών Ασφαλίσεων

## Ομαδική Ασφάλιση Ζωής & Υγείας

για τον ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΙΚΟ & ΠΙΣΤΩΤΙΚΟ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ  
& ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ ΤΗΣ ALPHA BANK - 4906



Μια εταιρία της Allianz 

## ■ Σκοπός του Προγράμματος

Ο ΣΥΝ.ΠΕ 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 να 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 του ΣΥΝ.ΠΕ:

Αγ. Κωνσταντίνου 52 (2ος όροφος), 104 37 Αθήνα, Τηλ. : 210 52 39 746 – 7 & 210 52 36 839.

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

Φεβρουάριος, 2023

## **Ενημερωτικό Έντυπο**

Το Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο **4906** (σε αντικατάσταση του 3126) έγινε μεταξύ του ΣΥΝ.ΠΕ και της Ασφαλιστικής Εταιρίας Ευρωπαϊκή Πίστη Α.Ε.Γ.Α.

Η Ευρωπαϊκή Πίστη ιδρύθηκε το 1977. Σε όλα τα χρόνια λειτουργίας της έχει διαγράψει συνεχή πορεία ανάπτυξης και προόδου ως Εταιρία υψηλού κύρους και αξιοπιστίας.

Η Ευρωπαϊκή Πίστη είναι μια πλήρης Ασφαλιστική Εταιρία που δραστηριοποιείται σε όλους τους σύγχρονους Κλάδους ασφάλισης, παρέχοντας ολοκληρωμένη ασφαλιστική κάλυψη τόσο σε ατομικό όσο και επιχειρησιακό επίπεδο, με ειδικά σχεδιασμένα πρωτοποριακά και ευέλικτα ασφαλιστικά προγράμματα. Η Εταιρία διατηρεί ένα Δίκτυο Πωλήσεων 5.500 άρθια εκπαιδευμένων συνεργατών και διαχειρίζεται περισσότερα από 615.000 ασφαλιστήρια συμβόλαια.

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 στο γραφείο του ΣΥΝ.ΠΕ.

## ■ Ποιοί Συμμετέχουν στο 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 ΣΥΝ.ΠΕ. 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 ΣΥΝ.ΠΕ ως σύζυγοι μελών και όχι εξαιτίας της εργασιακής τους σχέσης ως τραπεζικοί υπάλληλοι, αυτοδικαίως κατατάσσονται στην κατηγορία ασφάλισης που υπάγονται οι σύζυγοι τους.

- Τα τέκνα μελών του Συνεταιρισμού που έχουν αποκτήσει δικαίωμα εγγραφής στον ΣΥΝ.ΠΕ ως τέκνα μελών και όχι εξαιτίας της εργασιακής τους σχέσης ως τραπεζικοί υπάλληλοι, αυτοδικαίως κατατάσσονται στην Κατηγορία ασφάλισης I.
- Ως εξαρτώμενα μέλη (τέκνα) ορίζονται τα, άγαμα τέκνα των Κυρίως Ασφαλιζομένων από δεκατεσσάρων (14) ημερών μέχρι τη συμπλήρωση του δέκατου όγδοου (18ου) έτους της ηλικίας τους, τα οποία εξαρτώνται σαν συντηρούμενα πρόσωπα από τον Ασφαλιζόμενο υπάλληλο. Η ασφάλιση ισχύει έως το εικοστό πέμπτο (25ο) 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 για περιπτώσεις άγαμων τέκνων Κυρίως Ασφαλιζομένων, τα οποία είναι εγγεγραμμένα στο Μητρώο Ανέργων του ΟΑΕΔ. Διευκρινίζεται ότι η ασφάλιση άνεργου - άγαμου εξαρτώμενου μέλους παραμένει σε ισχύ εφόσον συνεχίζει να σπουδάζει. Η επέκταση κάλυψης δεν ισχύει για εξαρτώμενα μέλη που σπουδάζουν και παράλληλα εργάζονται.
- Για τη 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 ΣΥΝ.ΠΕ
- γ. όταν δεν καταβληθεί έστω και μέρος του οφειλομένου ασφαλίστρου
- δ. όταν συμπληρωθεί το ανώτατο όριο ηλικίας για την συμμετοχής στην ομαδική ασφάλιση.

Ειδικότερα,

Οι Ασφαλιζόμενοι 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 Ασφαλιζόμενος μεταφέρεται αυτομάτως στην κατηγορία III. Σε περίπτωση που ο Ασφαλιζόμενος της κατηγορίας I συνταξιοδοτηθεί πριν την συμπλήρωση του 70ου έτους μεταφέρεται αυτομάτως στην κατηγορία III.

Οι Ασφαλιζόμενοι 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 Ασφαλιζόμενος μεταφέρεται αυτομάτως στην κατηγορία III.

Οι Ασφαλιζόμενοι 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 **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€**

**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 εξαιτίας 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 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 & Τροφή ημερησίως **Β' Θέση**

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

##### Απόδοση Εξόδων

### **Ι1. Σε Ειδικά Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα (Ευρωκλινική Αθηνών, Ευρωκλινική Παίδων, Ιατρόπολις Χαλανδρίου, Euromedica – Γενική Κλινική Θεσ/νίκης).**

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

**50%**

### **Ι2. Στα Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα (Ιατρικό Περιστερίου, Ιατρικό Π. Φαλήρου, Βιοκλινική Αθηνών, Βιοκλινική Θεσ/νίκης και Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό)**

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

**50%**

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

Στους νομούς Αττικής & Θεσσαλονίκης

**0%**

Εκτός νομών Αττικής & Θεσσαλονίκης

**80%**

### **ΙΙ. 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

**2313 084 320**

(Απαραίτητη η επικοινωνία για χρήση παροχών Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης στο Σ.Δ.Π.Π.)

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 Υγείας (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 Ασφαλιζόμενος να επικοινωνήσει με το Συντονιστικά Κέντρο.

2313 084 320

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

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 Ασφαλιζόμενο

500€/ οφθαλμό

Σε οποιοδήποτε άλλο Νοσοκομείο ή οφθαλμολογικό κέντρο

Επίδομα επέμβασης καταρράκτη

300€/ οφθαλμό

### E. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Η 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 Η 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.

## Η. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Μια φορά ανά ασφαλιστικό έτος, παρέχεται στους Ασφαλιζόμενους, 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	Τονομέτρηση
Λήψη οφθαλμολογικού ιστορικού	Έλεγχος για παθήσεις κερατοειδούς - καταρράκτη
Μέτρηση Οπτικής Οξύτητας	Έλεγχος για ύπαρξη μυωπίας, αστιγματισμού, πρεσβυωπίας

Τηλεφωνικό Κέντρο για χρήση παροχής

**210 6416800 -  
801 & 139**

Συμμετοχή του ασφαλιζόμενου

**10€**

**Τα ασφαλιζόμενα μέλη του ΣΥΝ.ΠΕ 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 ΙΙΙ

#### A. ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

Σε περίπτωση ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του ασφαλισμένου εξαιτίας 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

##### 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 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 & Τροφή ημερησίως

**B' ΘΕΣΗ**

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

##### Απόδοση Εξόδων

#### 11. Σε Ειδικά Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα (Ευρωκλινική Αθηνών, Ευρωκλινική Παιδών, Ιατρόπολις Χαλανδρίου, Euromedica – Γενική Κλινική Θεσ/νίκης).

Επί πρωτοτύπων 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%**

#### 12. Στα Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα (Ιατρικό Περιστερίου, Ιατρικό Π. Φαλήρου, Βιοκλινική Αθηνών, Βιοκλινική Θεσ/νίκης και Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο)

Επί πρωτοτύπων αποδείξεων Αμοιβών 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	<b>50%</b>
--	------------

### 13. Σε μη Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα

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

### III. Πρόγραμμα Προληπτικού Ελέγχου Υγείας (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 Ασφαλιζόμενος να επικοινωνήσει με το Συντονιστικά Κέντρο.	<b>2313 084 320</b>
--	---------------------

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

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 Ασφαλιζόμενο	<b>500€ / οφθαλμό</b>
Σε οποιοδήποτε άλλο Νοσοκομείο ή οφθαλμολογικό κέντρο Επίδομα επέμβασης καταρράκτη	<b>300€ / οφθαλμό</b>

### E. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ

<b>i. Σε περίπτωση νοσηλείας από Ατύχημα σε Δημόσιο Νοσοκομείο ή Κλινική</b>	
Ποσό ημερήσιου επιδόματος από την 1η ημέρα νοσηλείας και για κάθε ημέρα,	<b>30€</b>

Ανώτατο όριο παραμονής	90 ημέρες
<b>ii. Σε περίπτωση νοσηλείας από Ασθένεια σε Δημόσιο Νοσοκομείο ή Κλινική</b>	
Ποσό ημερήσιου επιδόματος από την 1η ημέρα νοσηλείας και για κάθε ημέρα,	20€
Ανώτατο όριο παραμονής	90 ημέρες
<b>ΣΤ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ</b>	
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 <b>Το επίδομα καταβάλλεται μόνο στη περίπτωση που η χειρουργική επέμβαση θα πραγματοποιηθεί σε Δημόσιο Νοσοκομείο.</b>	<b>1.800€</b> <b>(Βάσει Πίνακα Κατάταξης Χειρουργικών Επεμβάσεων)</b>
<b>Ζ. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</b>	
Τηλέφωνο Συντονιστικού Κέντρου	2313 084 320
Απαραίτητη η επικοινωνία για χρήση παροχών οδοντιατρικής φροντίδας στο Σ.Δ.Π.Π.	
<b>Η. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ</b>	
Μια φορά ανά ασφαλιστικό έτος, παρέχεται στους Ασφαλιζόμενους, 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	Τονομέτρηση
Λήψη οφθαλμολογικού ιστορικού	Έλεγχος για παθήσεις κερατοειδούς - καταρράκτη
Μέτρηση Οπτικής Οξύτητας	Έλεγχος για ύπαρξη μυωπίας, αστιγματισμού, πρεσβυωπίας
Τηλεφωνικό Κέντρο για χρήση παροχής	210 6416800 – 801 & 139
Συμμετοχή του ασφαλιζόμενου	10€

**Τα ασφαλιζόμενα μέλη του ΣΥΝ.ΠΕ καλύπτονται από όλες τις παροχές του Προγράμματος. Τα επιδόματα μη χρήσεως δεν μεταβιβάζονται στους Νόμιμους Κληρονόμους – Προσωποπαγείς Παροχές.**

## Απευθείας Κάλυψη Νοσοκομειακών Δαπανών

Κατά την εισαγωγή του σε Συμβεβλημένο Νοσηλευτικό Ίδρυμα, ο Ασφαλιζόμενος πρέπει να έχει μαζί του την Κάρτα Ομαδικής Ασφάλισης, 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 Ευρωπαϊκή Πίστη μέσω του Ομαδικού Συμβολαίου **4906**.

## Ειδικά Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα

### ΑΘΗΝΑ

<b>ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ</b>	Αθανασιάδου 9, Πάροδος Δ. Σούτσου	210-6416600
---------------------------	-----------------------------------	-------------

<b>ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ</b>	Αθανασιάδου 7-9, Πάροδος Δ. Σούτσου	210-3674000
---------------------------	-------------------------------------	-------------

<b>ΙΑΤΡΟΠΟΛΙΣ ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ</b>	Εθν. Αντιστάσεως 54-56, Χαλάνδρι	210-6796000
------------------------------	----------------------------------	-------------

### ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

<b>EUROMEDICA-ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ</b>	Μ. Κάλλας 11 & Γραβιάς 2	2310-865100
---	--------------------------	-------------

## Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα

### ΑΘΗΝΑ

<b>ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ</b>	Εθνάρχου Μακαρίου 60, Περιστέρι	210-5799000
----------------------------	---------------------------------	-------------

<b>ΙΑΤΡΙΚΟ Π. ΦΑΛΗΡΟΥ</b>	Άρεως 36, Π. Φάληρο	210-9892100
---------------------------	---------------------	-------------

<b>ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ</b>	Λ. Συγγρού 356, Καλλιθέα	210-9493000
---	--------------------------	-------------

<b>ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ</b>	Μ. Γερουλάνου 15, Αθήνα	210-6962600
--------------------------	-------------------------	-------------

### ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

<b>ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ</b>	Μητροπόλεως 86	2310-372600
--------------------------------	----------------	-------------

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

- Οι περί προϋπαρχουσών παθήσεων εξαιρέσεις καθώς και η περίοδος αναμονής τριάντα (30) ημερών δεν ισχύουν για τους Ασφαλιζόμενους εκείνους που ασφαλίστηκαν στο ομαδικό συμβόλαιο 3126 από την 01/10/2011. Τυχόν ειδικοί όροι που ίσχυαν για Ασφαλιζόμενους στο ομαδικό συμβόλαιο 3126, ισχύουν ακέραιοι για το παρόν συμβόλαιο.
- Για τους υπόλοιπους Ασφαλιζόμενους 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 δεν εξαιρέθηκαν με Ειδικό Όρο.
- Εισβολή ή επιδρομή εχθρού, εξωτερικό ή εμφύλιο πόλεμο, πολιτικές ή στρατιωτικές στάσεις, ανταρσίες, κινήματα, οχλαγωγίες, απεργίες, επιτάξεις, πράξεις σφετερισμού εξουσίας, τρομοκρατικές ενέργειες, 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.
- Αμεσες ή έμμεσες συνέπειες του μετασχηματισμού του ατομικού πυρήνα καθώς και ακτινοβολίες που προκαλούνται από την τεχνητή επιτάχυνση των ατομικών σωματιδίων.

- Ατυχήματα που θα συμβούν σε χρόνο που ο ασφαλισμένος βρίσκεται υπο την επήρεια ναρκωτικών, ηρεμιστικών διεγερτικών ουσιών ή σε κατάσταση μέθης (ποσοστό περιεκτικότητας οιοπνεύματος στο αίμα πάνω από τα εκάστοτε νόμιμα όρια).
- Συμμετοχή του ασφαλισμένου σε εγκληματικές ενέργειες.
- Το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας και τις επιπλοκές του.
- Διανοητικές και ψυχιατρικές παθήσεις, ψυχικές και ψυχωσικές διαταραχές.
- Ασθένειες που εκδηλώνονται πριν την πάροδο τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία υπαγωγής του Ασφαλιζόμενου στην ασφάλιση.

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

- Αυτοχειρία ανεξάρτητα της διανοητικής κατάστασης του Ασφαλιζόμενου.
- 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 σπορ.

### Για τις παροχές Υγείας

- 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.

- Θεραπείες αλκοολισμού ή χρήσης ναρκωτικών, διανοητικών και ψυχιατρικών παθήσεων, ψυχικών και ψυχωσικών διαταραχών.
- Εγκυμοσύνη, τοκετό, αποβολή άμβλωση, εξωμήτρια κύηση ή θεραπεία βελτίωσης της ικανότητας για τεκνοποίηση, άμεσα ή έμμεσα.
- Παθήσεις των οφθαλμών.
- Παθήσεις οδόντων ή ούλων, εκτός αν εκτός αν κρίνεται απαραίτητη η θεραπεία εξαιτίας ατυχήματος που συνέβη κατά τη διάρκεια ισχύος του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.
- 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 Ασφαλιζομένων του ΣΥΝ.ΠΕ (portal), μέσω του Ατομικού σας Λογαριασμού, όπου θα υποβληθούν στο Τμήμα Αποζημιώσεων του Κλάδου Ομαδικών της Ευρωπαϊκής Πίστης την αμέσως επόμενη εργάσιμη ημέρα, είτε ταχυδρομικά (email ή αλληλογραφία) συμπληρώνοντας μαζί με τα δικαιολογητικά την «ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΑΓΓΕΛΙΑΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ». Η διαδικασία αυτή δεν ισχύει σε περιπτώσεις χρήσης παροχών υγείας σε Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα 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 Ευρωπαϊκή Πίστη απευθείας με τον Συμβεβλημένο Πάροχο Υγείας.

## I. Σε περίπτωση Νοσοκομειακής Περίθαλψης (νοσηλεία)

### 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 Ευρωπαϊκή Πίστη, σύμφωνα με τους όρους του ομαδικού συμβολαίου **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 Ασφάλισής. 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 Ευρωπαϊκή Πίστη 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 χρησιμοποιήσετε υπηρεσίες αποκλειστικής νοσοκόμου και οι αποδείξεις που αυτή εκδίδει δεν είναι θεωρημένες από την Εφορία, τότε θα πρέπει να τις θεωρήσει η Προϊσταμένη Νοσοκόμος του Νοσοκομείου στο οποίο νοσηλεύτηκε.

## **II. Σε περίπτωση Εξωνοσοκομειακής Περιθαλψης**

Καλύπτονται επισκέψεις σε ιατρούς και διαγνωστικά κέντρα αποκλειστικά στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περιθαλψης (σύμφωνα με τα παρακάτω) και μόνο για περιπτώσεις που προκάλεσαν νοσηλεία ασφαλισμένου. Οι ιατρικές επισκέψεις και/ή οι εξετάσεις θα πρέπει να πραγματοποιηθούν απαραίτητως μέσα σε 60 μέρες πριν ή μετά τη νοσηλεία.

Σε περίπτωση που αποφασίσετε να επισκεφθείτε γιατρό του Συμβεβλημένου Δικτύου Πρωτοβάθμιας Περιθαλψης 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 ειδικού τιμοκαταλόγου). Την υπόλοιπη δαπάνη θα τη διακανονίσει η Ευρωπαϊκή Πίστη απευθείας με το Διαγνωστικό Κέντρο.

Προκειμένου να κάνετε χρήση των υπηρεσιών του Συμβεβλημένου Δικτύου Πρωτοβάθμιας Περιθαλψης, 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. Σε περίπτωση Νοσοκομειακού Επιδόματος**

Οι Ασφαλιζόμενοι (ασφαλισμένα μέλη του ΣΥΝ. ΠΕ 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 Χειρουργικού Επιδόματος**

Σε περίπτωση νοσηλείας σε Δημόσιο Νοσοκομείο ή Κλινική, δικαιούσθε νοσοκομειακό 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 υποβληθείτε σε χειρουργική επέμβαση σε Δημόσιο Νοσοκομείο, δικαιούσθε χειρουργικό επίδομα, ανάλογα με τη σοβαρότητα της επέμβασης. Τα δικαιολογητικά που πρέπει να υποβάλλετε είναι:

- Εισιτήριο – Εξιτήριο νοσοκομείου στο οποίο θα 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 Ασφαλιζόμενου μετά από την αφαίρεση της εφάπαξ συμμετοχής του Ασφαλιζόμενου, 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 Ασφαλιζόμενου 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 ανήλικου 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.

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ</b>	
<b>Οδοντιατρικές Πράξεις</b>	<b>Συμμετοχή Ασφαλισμένου</b>
<b>ΠΡΟΛΗΨΗ - ΕΛΕΓΧΟΣ</b>	
ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ- ΕΚΤΑΚΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ-ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΑΠΟ ΠΟΝΟ	<b>20€</b>
ΟΔΟΝΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ - ΣΧΕΔΙΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	<b>0€</b>
ΤΟΠΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ	<b>0€</b>
ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΟΔΟΝΤΩΝ	<b>15€</b>
ΦΘΟΡΙΩΣΗ (ΠΑΙΔΙΑ)	<b>0€</b>
ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ	
ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΠΑΝΟΡΑΜΙΚΗ Η ΚΕΦΑΛΟΜΕΤΡΙΚΗ	<b>15€</b>
<b>ΠΑΙΔΟΔΟΝΤΙΑ</b>	
ΚΑΛΥΨΗ ΟΠΩΝ ΚΑΙ ΣΧΙΣΜΩΝ ΑΝΑ ΔΟΝΤΙ	<b>20€</b>
ΕΜΦΡΑΞΗ ΝΕΟΓΙΛΟΥ ΑΠΛΗ (ΡΗΤΙΝΗ)	<b>25€</b>
ΠΟΛΦΟΤΟΜΗ ΝΕΟΓΙΛΟΥ	<b>20€</b>
ΑΝΟΞΕΙΔΩΤΗ ΣΤΕΦΑΝΗ ΝΕΟΓΙΛΟΥ	<b>40€</b>
ΕΞΑΓΩΓΗ ΝΕΟΓΙΛΟΥ	<b>15€</b>
ΕΠΑΝΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΔΟΝΤΙΟΥ-ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ	<b>100€</b>
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΜΕ ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ	<b>80€</b>

## **ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ**

ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ – ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	<b>0€</b>
ΜΕΛΕΤΗ-ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ (ΕΚΜΑΓΕΙΑ-ΚΕΦΑΛΟΜΕΤΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ)	<b>50€</b>
ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	<b>1580€</b>
ΠΡΩΙΜΗ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (Μασελάκι)	<b>380€</b>
<b>ΟΔΟΝΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ</b>	
ΕΜΦΡΑΞΕΙΣ (ΡΗΤΙΝΗ) (ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΙ ΤΟ ΕΥΡΟΣ ΤΗΣ ΕΜΦΡΑΞΗΣ)	<b>20€-25€</b>
ΟΨΕΙΣ-ΑΝΑΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΜΕ ΑΞΟΝΕΣ	<b>35€</b>
ΛΕΥΚΑΝΣΗ ΜΕ ΝΑΡΩΗΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ (ΣΠΙΤΙ-ΓΡΑΦΕΙΟ)	<b>120€</b>
ΛΕΥΚΑΝΣΗ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ (ΜΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ )	<b>120€</b>
<b>ΑΚΙΝΗΤΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ</b>	
ΣΤΕΦΑΝΗ ΜΕΤΑΛΛΟΚΕΡΑΜΙΚΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ (ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ)	<b>140€</b>
ΣΤΕΦΑΝΗ ΟΛΟΚΕΡΑΜΙΚΗ (ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ)	<b>160€</b>
ΣΤΕΦΑΝΗ ΖΙΡΚΟΝΙΟ (ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ)	<b>180€</b>
ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΟΨΗ ΠΟΡΣΕΛΑΝΗΣ	<b>180€</b>
ΝΑΡΩΗΚΑΣ ΒΡΥΓΜΟΥ ΜΑΛΛΑΚΟΣ- ΣΚΛΗΡΟΣ	<b>95€</b>
<b>ΚΙΝΗΤΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ</b>	
ΟΛΙΚΗ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΑ	<b>450€</b>

ΜΕΡΙΚΗ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΑ	<b>500€</b>
ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΓΙΑ ΕΝΑ ΔΟΝΤΙ	<b>30€</b>
ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΔΟΝΤΙ	<b>25€</b>
ΑΝΑΓΟΜΩΣΗ-ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΒΑΣΗΣ	<b>75€</b>
ATTACHMENT	<b>95€</b>
<b>ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΑ (ΓΕΝΙΚΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ)</b>	
ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΟΝΟΡΙΖΟΥ	<b>80€</b>
ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΡΙΖΟΥ	<b>100€</b>
ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΟΛΥΡΙΖΟΥ	<b>120€</b>
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΤΟΜΑΤΟΣ	
ΕΞΑΓΩΓΗ ΡΙΖΑΣ - ΔΟΝΤΙΟΥ	<b>30€</b>
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΞΑΓΩΓΗ ΜΕ ΚΡΗΜΝΟ ΚΑΙ ΣΥΡΑΦΗ	<b>100€</b>
<b>ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΣ ΜΟΝΗΣ -ΔΙΠΛΗΣ ΦΑΣΗΣ</b>	
ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΗΣ ΕΠΙ ΤΟΥ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΒΒΑΤΜΑΝ)	<b>750€</b>
ΑΚΡΟΡΙΖΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗ ΕΜΦΡΑΞΗ	<b>150€</b>
<b>ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑ (ΓΕΝΙΚΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ)</b>	
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΥΛΙΤΙΔΟΣ (ανά συνεδρία)	<b>60€</b>
ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΟΣ (ΑΝΑ ΤΕΤΑΡΤΗΜΟΡΙΟ Η 6 ΠΡΟΣΘΙΑ ΔΟΝΤΙΑ)	<b>75€</b>

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΟΣ (ΑΝΑ ΤΕΤΑΡΤΗΜΟΡΙΟ Η 6 ΠΡΟΣΘΙΑ ΔΟΝΤΙΑ)	<b>90€</b>
ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΔΟΝΤΙΩΝ (ΑΝΑ ΔΟΝΤΙ)	<b>30€</b>
ΕΚΤΟΜΗ ΧΑΛΙΝΟΥ	<b>140€</b>

Στα παραπάνω ποσά συμμετοχής Ασφαλισμένα περιλαμβάνονται όλες οι νόμιμες επιβαρύνσεις.

### **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 Ευρωπαϊκής Πίστης (Λεωφ. Κηφισίας 274, 15232 Χαλάνδρι, τηλ. 210 8119784, φαξ: 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 Ελλάδας, τηρουμένων τυχόν υπάρχουσών 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.



📍 | Λ. Κηφισίας 274, 152 32, Χαλάνδρι  
📞 | 210 68 29 601  
🌐 | [www.europaikipisti.gr](http://www.europaikipisti.gr)  
✉ | [info@europisti.gr](mailto:info@europisti.gr)  
👍 | [www.facebook.com/europaikipisti](https://www.facebook.com/europaikipisti)