

**ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ  
PRIME CARE ADVANCED  
Κωδικός κάλυψης 30402 (2.000)  
ΕΙΔΙΚΟΙ ΟΡΟΙ**

**Κωδικός Ειδικών Όρων: 30402 / 09.2010 / I.3. / Ind.L. / E.O.**

Η παρούσα Συμπληρωματική Κάλυψη διέπεται από τους παρόντες Ειδικούς Όρους καθώς και από τους Γενικούς Όρους Ζωής και τους Πρόσθετους Γενικούς Όρους Συμπληρωματικών Καλύψεων που είναι αναπόσπαστο μέρος του παρόντος Ασφαλιστηρίου.

**Άρθρο 1. ΠΑΡΟΧΗ**

**1.1.** Η Εταιρία θα παρέχει στον Ασφαλισμένο τις υπηρεσίες που περιγράφονται στο Άρθρο 3. Τόπος παροχής συμφωνείται η ελληνική επικράτεια.

Επισημαίνεται ότι η παρούσα Συμπληρωματική Κάλυψη δεν μπορεί να θεωρηθεί σαν κάλυψη αξίωσης καταβολής αποζημίωσης, αν ο Ασφαλισμένος δαπανήσει χρήματα επειδή χρησιμοποίησε όμοιες ή παρόμοιες υπηρεσίες.

**1.2.** Η παροχή υπηρεσιών προς τον Ασφαλισμένο διενεργείται από Όμιλο Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών με την επωνυμία «Εταιρία Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών Ανώνυμος Εταιρία» και τον διακριτικό τίτλο «EUROMEDICA A.E.», που εδρεύει στην Αθήνα, επί της Λεωφόρου Μεσογείων αρ. 2-4, με τον οποίο η Εταιρία έχει συνάψει Σύμβαση. Η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα της αλλαγής του Ομίλου Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών εάν και όταν η ίδια το κρίνει απαραίτητο.

**1.3.** Η οποιαδήποτε χρήση από τον Ασφαλισμένο των υπηρεσιών που παρέχονται από την παρούσα Συμπληρωματική Κάλυψη δεν συνεπάγεται αυτόματα και τη δέσμευση της Εταιρίας για καταβολή ασφαλίματος, που αφορά στη βασική ασφάλιση ζωής ή σε άλλες συμπληρωματικές καλύψεις του παρόντος Ασφαλιστηρίου.

**1.4.** Προϋπόθεση για την ενεργοποίηση της παρούσας Συμπληρωματικής Κάλυψης είναι η προηγούμενη επικοινωνία του Ασφαλισμένου με το «Τηλεφωνικό Κέντρο εξυπηρέτησης πελατών για θέματα υγείας».

**Άρθρο 2. ΟΡΙΣΜΟΙ**

**2.1. Διαγνωστικές εξετάσεις:**

Είναι οι αιματολογικές, βιοχημικές, μικροβιολογικές, κυτταρολογικές και απεικονιστικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται αποκλειστικά σε «Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο», με βάση το αντίστοιχο «παραπεμπτικό σημείωμα» από Ιατρό.

**2.2. Συμβεβλημένα Διαγνωστικά Κέντρα:**

Είναι τα Διαγνωστικά Κέντρα που διαθέτει ή/ και συνεργάζεται ο Όμιλος Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών τα οποία είναι εξοπλισμένα με σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό και στελεχωμένα με αναγνωρισμένου κύρους επιστημονικό προσωπικό.

**2.3. Συμβεβλημένος ιατρός:**

Είναι ο ιατρός που συνεργάζεται με τον Όμιλο Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών.

**2.4. Κλινική εξέταση:**

Είναι η λήψη του κληρονομικού και ατομικού αναμνηστικού, η ψηλάφηση, η ακρόαση, η επισκόπηση και η εκτίμηση της λειτουργικής ικανότητας και της ανατομικής ακεραιότητας των διαφόρων οργάνων και συστημάτων του οργανισμού του Ασφαλισμένου.

**2.5. Επείγον περιστατικό:**

Είναι η απρόβλεπτη και αιφνίδια διαταραχή της υγείας του Ασφαλισμένου, λόγω ατυχήματος ή ασθένειας, που μπορεί να επιφέρει τη σημαντική επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του αν δεν του παρασχεθεί ιατρική βοήθεια.

**2.6. Συμμετοχή Ασφαλισμένου**

Είναι το ποσό με το οποίο συμμετέχει ο ασφαλισμένος στο κόστος της «ιατρικής επίσκεψης στο ιατρείο», «στην ιατρική επίσκεψη στο σπίτι» και στη «νοσηλεία στο σπίτι» και καταβάλλεται στον Ιατρό ή στον Νοσηλευτή.

### **2.7. Τηλεφωνικό Κέντρο εξυπηρέτησης πελατών για θέματα υγείας**

Είναι το τηλεφωνικό κέντρο, το οποίο λειτουργεί 24 ώρες το 24ωρο σε όλη τη διάρκεια του χρόνου και είναι στελεχωμένο με ομάδα ειδικών σε ιατρικά και ασφαλιστικά θέματα για την υποστήριξη και παρακολούθηση της σωστής εφαρμογής της παρούσας Συμπληρωματικής Κάλυψης. Το τηλεφωνικό κέντρο αποτελεί το κατ' εξοχήν αρμόδιο όργανο για την ενεργοποίηση και τον συντονισμό των επί μέρους παροχών της παρούσας κάλυψης καθώς και για την ενημέρωση σχετικά με τη διεύθυνση των Συμβεβλημένων Διαγνωστικών Κέντρων.

## **Άρθρο 3. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ – ΑΝΩΤΑΤΑ ΟΡΙΑ**

### **3.1. Διαγνωστικές εξετάσεις**

Αν συνεπεία Ατυχήματος ή Ασθενείας, κατά τη διάρκεια ισχύος της παρούσας κάλυψης, και με βάση Παραπεμπτικό Σημείωμα Ιατρού ο Ασφαλισμένος είναι αναγκαίο να υποβληθεί σε εξωνοσοκομειακές διαγνωστικές εξετάσεις, η Εταιρία υποχρεούται να καλύψει το κόστος των απαραίτητων εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνο στο Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο και μέχρι του ανώτατου ετήσιου ορίου τηρουμένης της διαδικασίας του άρθρου 4. του παρόντος.

Το ανώτατο ετήσιο όριο των Διαγνωστικών Εξετάσεων για κάθε ένα Ασφαλισμένο, ανέρχεται σε δύο χιλιάδες (2.000) Ευρώ για κάθε ασφαλιστικό έτος, χωρίς Συμμετοχή του Ασφαλισμένου στο κόστος των εξετάσεων

Διευκρινίζεται ότι σε περίπτωση που το κόστος των διαγνωστικών εξετάσεων υπερβεί το ανώτατο ετήσιο όριο της παρούσας Κάλυψης, ο Ασφαλισμένος θα βαρύνεται με τη διαφορά την οποία θα καταβάλει απευθείας στο Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο.

### **3.2. Ιατρικές επισκέψεις στο Ιατρείο**

Σε περίπτωση ανάγκης ιατρικής βοήθειας, συνεπεία ασθενείας ή ατυχήματος, η Εταιρία καλύπτει τον Ασφαλισμένο για ιατρικές επισκέψεις που θα πραγματοποιήσει αποκλειστικά και μόνο στο Ιατρείο των Συμβεβλημένων Ιατρών με ανώτατο όριο τις είκοσι (20) επισκέψεις για κάθε ασφαλιστικό έτος τηρουμένης της διαδικασίας του άρθρου 4. του παρόντος.

Ο Ασφαλισμένος συμμετέχει στο κόστος κάθε ιατρικής επίσκεψης με το ποσό των οκτώ (8) Ευρώ, το οποίο καταβάλλει απευθείας στον ιατρό έναντι έκδοσης νόμιμης απόδειξης.

### **3.3. Ιατρικές επισκέψεις στο σπίτι του Ασφαλισμένου**

Σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού, εφόσον αυτό συμβεί σε απόσταση όχι μεγαλύτερη των δέκα (10) χιλιομέτρων από την πλησιέστερη πόλη ή περιοχή όπου υπάρχει Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο και εφόσον συντρέχει αντικειμενική αδυναμία μετακίνησης του Ασφαλισμένου, η Εταιρία καλύπτει τα έξοδα ιατρικής επίσκεψης στο σπίτι του. Ο Ασφαλισμένος υποχρεούται να επικοινωνήσει με το Τηλεφωνικό Κέντρο εξυπηρέτησης πελατών για θέματα υγείας, μέσω του οποίου δίδονται οι πληροφορίες προκειμένου να εγκριθεί και να οργανωθεί η αποστολή Συμβεβλημένου Ιατρού ανάλογης ειδικότητας στο σπίτι του. Ο Ασφαλισμένος υποχρεούται επίσης να επιδείξει στον Συμβεβλημένο Ιατρό αποδεικτικά στοιχεία της ταυτότητάς του (π.χ. Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατήριο).

Καλύπτονται είκοσι (20) ιατρικές επισκέψεις στο σπίτι για κάθε ασφαλιστικό έτος.

Ο Ασφαλισμένος συμμετέχει στο κόστος κάθε ιατρικής επίσκεψης με το ποσό των δέκα πέντε (15) Ευρώ, το οποίο καταβάλλει απευθείας στον ιατρό έναντι έκδοσης νόμιμης απόδειξης.

### **3.4. Νοσηλεία στο σπίτι**

**3.4.1.** Η Εταιρία, μέσω του Ομίλου Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών προσφέρει στον Ασφαλισμένο νοσηλευτικές υπηρεσίες, στις οποίες περιλαμβάνονται:

Χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς (π.χ. ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκου για ασθένειες όπως Πάρκινσον, ρευματοειδή αρθρίτιδα, ορθοπεδικά προβλήματα κ.α.) ενέσεις (ενδομυϊκές, υποδόριες), τοποθέτηση και εμπλουτισμός ορού, πλήρης παρεντερική θρέψη, καθετηριασμός ουροδόχου κύστης-φλέβας, αλλαγή τραύματος, φροντίδα κατακλίσεων-κολοστομίας-εγκυμάτων-τραχειοστομίας-λειτουργιών, παροχέτευση βρογχικών εκκρίσεων, τοποθέτηση καθετήρα LEVAIN, λήψη βιολογικών υγρών (αίμα-ούρα), θεραπευτικό λουτρό, προθανάτια φροντίδα και υποστήριξη, φροντίδα πολυτραυματία καθώς και κάθε φροντίδα που δύναται να παρασχεθεί στο σπίτι με τους όρους και στα πλαίσια των καθηκόντων των νοσηλευτών όπως ορίζονται από το Νόμο και τους κώδικες δεοντολογίας.

Οι ανωτέρω υπηρεσίες θα παρέχονται στο σπίτι με εξαίρεση τις αιμοληψίες, οι οποίες, εφόσον είναι αναγκαίες, θα μπορούν να παρέχονται και στο χώρο εργασίας του Ασφαλισμένου.

Οι παρεχόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες δεν περιλαμβάνουν την ατομική υγιεινή καθώς και τον εφάπαξ διαγνωστικό έλεγχο για προληπτικούς λόγους υγείας, παρά μόνο το διαγνωστικό έλεγχο που σχετίζεται με ένα διαγνωσμένο πρόβλημα υγείας.

**3.4.2.** Καλύπτονται είκοσι (20) νοσηλείες στο σπίτι, για κάθε ασφαλιστικό έτος.

Ο Ασφαλισμένος συμμετέχει στο κόστος για κάθε νοσηλεία στο σπίτι με το ποσό των πέντε (5) Ευρώ, το οποίο καταβάλλει απευθείας στο νοσηλευτή έναντι έκδοσης νόμιμης απόδειξης.

**3.4.3.** Η εντολή για κάθε επίσκεψη στο σπίτι, προκειμένου να παρασχεθούν νοσηλευτικές υπηρεσίες, θα πρέπει να δίδεται τουλάχιστον δώδεκα (12) ώρες πριν από την επιβεβλημένη χρονική στιγμή αντιμετώπισης του περιστατικού.

Ειδικά ορίζεται ότι για τη χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς, τη χορήγηση οξυγόνου με όλους τους τρόπους, την πλήρη παρεντερική θρέψη, τα θεραπευτικά λουτρά καθώς και τη βρογχική παροχέτευση εκκρίσεων, για τις οποίες απαιτείται γνώμάτευση ιατρού, αυτή θα πρέπει να προσκομίζεται στον Όμιλο Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών, μέσω τηλεομοιοτυπίας, διαφορετικά ο Όμιλος Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών δεν θα υποχρεούται στην παροχή της συγκεκριμένης υπηρεσίας.

Ο νοσηλευτής απαγορεύεται να προβαίνει με δική του πρωτοβουλία και χωρίς προηγούμενη εντολή του θεράποντος Ιατρού (έγγραφο όπου αυτή απαιτείται) σε οποιαδήποτε είδους μεταβολή της ακολουθούμενης θεραπευτικής αγωγής, σε περίπτωση δε έκτακτου και απρόβλεπτου περιστατικού κατά την επίσκεψή του στον Ασφαλισμένο υποχρεούται αφενός να αντιμετωπίσει το περιστατικό με κάθε επιμέλεια και σύμφωνα με την επαγγελματική δεοντολογία των νοσηλευτών, αφετέρου να ενημερώσει άμεσα τον θεράποντα Ιατρό.

### **3. 5. Ετήσιος προληπτικός έλεγχος υγείας (check – up)**

Η Εταιρία παρέχει στον Ασφαλισμένο τη δυνατότητα να πραγματοποιήσει έναν προληπτικό έλεγχο της υγείας του (check – up), κάθε ασφαλιστικό έτος, χωρίς τη συμμετοχή του στο κόστος των διαγνωστικών εξετάσεων.

Στον ετήσιο προληπτικό έλεγχο περιλαμβάνονται περιοριστικά οι παρακάτω αναφερόμενες διαγνωστικές εξετάσεις:

Γεν. αίματος  
Γεν. ούρων  
ΤΚΕ  
Σάκχαρο  
Ουρία  
Ουρικό οξύ  
Χοληστερίνη  
HDL  
LDL  
SGOT  
SGPT  
Αλκαλική Φωσφατάση  
γ- GT  
Κρεατινίνη  
Τριγλυκερίδια  
Ολικά λιπίδια  
Σίδηρος  
Φερριτίνη  
Γλυκοζυλιωμένη Αιμοσφαιρίνη  
Επιφανειακό Αντιγόνο  
Ολικά Λευκώματα Ορού

Οι εξετάσεις του ετήσιου προληπτικού ελέγχου διενεργούνται όλες μαζί και μόνο στα Συμβεβλημένα Διαγνωστικά Κέντρα.

Για τη διενέργεια του ετήσιου προληπτικού ελέγχου ο Ασφαλισμένος θα πρέπει να καλέσει το Τηλεφωνικό Κέντρο εξυπηρέτησης πελατών για θέματα υγείας ώστε να του δοθούν οι κατάλληλες οδηγίες .

### **3.6. Προγεννητικός έλεγχος**

Η Εταιρία παρέχει στην Ασφαλισμένη τη δυνατότητα να πραγματοποιήσει ιατρικές εξετάσεις, που αφορούν στον έλεγχο της εγκυμοσύνης της, χωρίς τη συμμετοχή της στο κόστος των εξετάσεων, μία φορά για κάθε εγκυμοσύνη.

Οι εξετάσεις αυτές καλύπτονται μετά την παρέλευση δέκα οκτώ (18) μηνών από την ημερομηνία έναρξης ισχύος ή την επαναφορά σε ισχύ της παρούσας συμπληρωματικής κάλυψης, υπό την προϋπόθεση ότι η εγκυμοσύνη είναι επιβεβαιωμένη.

Ο προγεννητικός έλεγχος περιλαμβάνει περιοριστικά τις παρακάτω αναφερόμενες εξετάσεις και οι οποίες πραγματοποιούνται όλες μαζί στα Συμβεβλημένα Διαγνωστικά Κέντρα:

Ομάδα Αίματος & Rhesus  
Αντισώματα Ερυθράς IgG  
Αντισώματα Ερυθράς IgM  
Αντισώματα CMV IgG  
Αντισώματα CMV IgM  
Επιφανειακό Αντιγόνο(HbsAg)  
Αντισώματα HIV

Αντισώματα Toxoplasma gondii IgG  
Αντισώματα Toxoplasma gondii IgM  
Αντιγόνα για Χλαμύδια (C.trachomatis)  
Σάκχαρο  
Ουρία  
Κρεατινίνη  
Γενική Αίματος  
Ηλεκτροφόρηση Αιμοσφαιρίνης  
Γενική Ούρων  
Καλλιέργεια Κολπικού για κοινά μικρόβια  
Καλλιέργεια Τραχηλικού για Μυκόπλασμα

#### **Άρθρο 4. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ**

Ο Ασφαλισμένος ο οποίος θα υποβληθεί σε διαγνωστικές εξετάσεις ή σε ιατρικές εξετάσεις σε Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο ή σε Συμβεβλημένο Ιατρό, θα πρέπει προηγουμένως να επικοινωνήσει με το Τηλεφωνικό Κέντρο εξυπηρέτησης πελατών για θέματα υγείας, για ενημέρωσή του για τα Διαγνωστικά Κέντρα και τους Συμβεβλημένους Ιατρούς όπου θα πρέπει να απευθύνεται για τον καθορισμό της ημέρας και ώρας εξέτασης.

Ο Ασφαλισμένος κατά την προσέλευσή του στο Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο ή στον Συμβεβλημένο Ιατρό θα πρέπει να προσκομίζει στοιχεία της ταυτότητάς του (π.χ. Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Διαβατήριο, Βιβλιάριο Ασθενείας , αν πρόκειται για παιδί) και να γνωρίζει τα στοιχεία της ασφάλισής του (Αριθμός Ασφαλιστηρίου).

Για τη διενέργεια των διαγνωστικών εξετάσεων ο Ασφαλισμένος πρέπει να έχει μαζί του το παραπεμπτικό σημείωμα του ιατρού ο οποίος συστήνει τις εξετάσεις, στο οποίο θα αναφέρονται οι εξετάσεις που πρέπει να γίνουν καθώς και η αιτία της διενέργειας αυτών.

#### **Άρθρο 5. ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ – ΠΑΡΕΚΚΛΙΣΕΙΣ**

Επιπλέον των εξαίρεσεων που αναφέρονται στους Πρόσθετους Γενικούς Όρους Συμπληρωματικών Καλύψεων από την παρούσα ασφάλιση δεν καλύπτονται:

1. διαγνωστικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται σε μη Συμβεβλημένα Διαγνωστικά Κέντρα, ακόμη και αν τα Συμβεβλημένα Διαγνωστικά Κέντρα δεν έχουν τις προϋποθέσεις για την πραγματοποίηση αυτών των διαγνωστικών εξετάσεων, που πραγματοποιήθηκαν στα μη Συμβεβλημένα Διαγνωστικά Κέντρα,
2. ο εμβολιασμός των παιδιών και γενικά το κόστος των φαρμάκων που τυχόν χορηγούνται κατά την επίσκεψη του Ασφαλισμένου στο Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο ή Συμβεβλημένο Ιατρό,
3. οι τυχόν ιατρικές πράξεις, που είναι δυνατόν να πραγματοποιηθούν από τον Συμβεβλημένο Ιατρό στο ιατρείο του καθώς και οι ιατρικές πράξεις ή διαγνωστικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται αποκλειστικά και μόνο εντός των Κλινικών ή Νοσοκομείων,
4. οι διαγνωστικές εξετάσεις που αφορούν στη διάγνωση κληρονομικών επιβαρύνσεων, διερεύνηση μεταβολών στο ανθρώπινο γονιδίωμα ή πρόσμιξη γονιδιώματος άλλων μικροοργανισμών καθώς και η άσκηση οποιασδήποτε μορφής εναλλακτικής ιατρικής.

**Κατά παρέκκλιση των Πρόσθετων Γενικών Όρων Συμπληρωματικών Καλύψεων, καλύπτονται οι ιατρικές επισκέψεις σε οφθαλμίατρο καθώς και οι διαγνωστικές εξετάσεις που αφορούν στις παθήσεις των οφθαλμών.**

#### **Άρθρο 6. ΕΥΘΥΝΗ ΕΤΑΙΡΙΑΣ**

Η Εταιρία ουδεμία ευθύνη φέρει για την ποιότητα και την ορθότητα, σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, των υπηρεσιών που θα παρέχονται προς τον Ασφαλισμένο με την παρούσα Συμπληρωματική Κάλυψη από τον Όμιλο Παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών και το πάσης φύσης προσωπικό του καθώς και για τις πράξεις ή τις τυχόν παραλείψεις του.

#### **Άρθρο 7. ΠΛΗΡΩΜΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ**

Η παρούσα κάλυψη παρέχεται έναντι πληρωμής ετησίων ασφαλιστρών, το ύψος των οποίων αναγράφεται στο Ασφαλιστήριο. Τα ετήσια ασφάλιστρα της Κάλυψης αυξάνονται σε κάθε ασφαλιστική επέτειο, με ποσοστό αύξησης που αναγράφεται στον Πίνακα Παροχών.