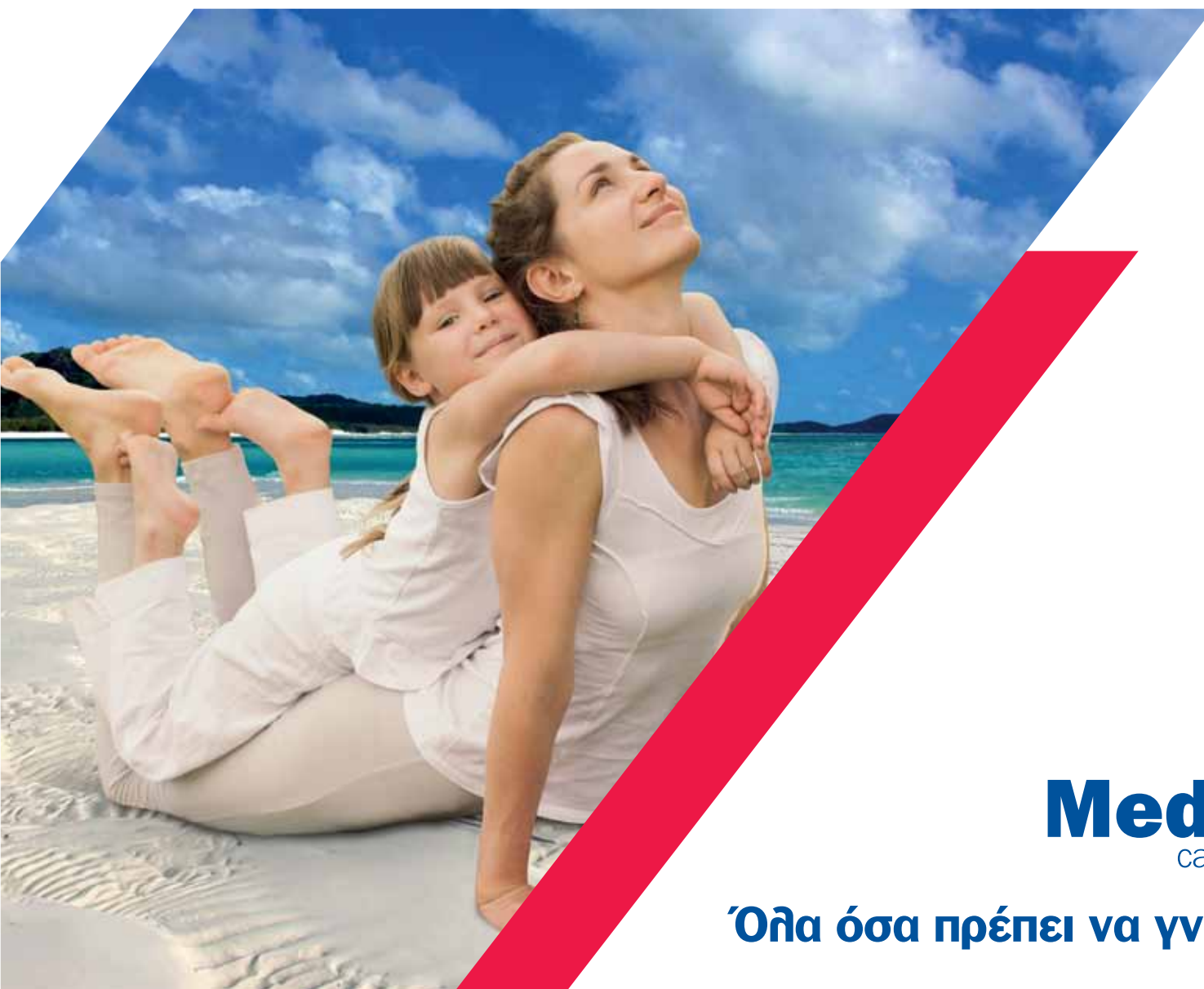


# Ασφάλιση Υγείας

## Το ασφαλιστήριο της υγείας σας Medioun Care



**Medi**  *oun*  
care

Όλα όσα πρέπει να γνωρίζετε



**ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ**

αλλάζουμε / τα δεδομένα

# Γραμμή υγείας

Επικοινωνήστε μαζί μας 24 ώρες το 24ωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα

**801 111 222 333**

(από σταθερό με αστική χρέωση)

**210 726 8000**

(από σταθερό ή κινητό)

## Παραμένουμε δίπλα σας

Οπουδήποτε και αν βρίσκεστε, στην Ελλάδα σε περίπτωση που μας χρειαστείτε για προγραμματισμένο ή επείγον περιστατικό, καλέστε μας στα τηλέφωνα που **βλέπετε πιο πάνω**.

Εμείς από την πλευρά μας θα σας δώσουμε τις απαραίτητες οδηγίες ώστε να επωφεληθείτε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο των υπηρεσιών του προγράμματός σας.

## Δίκτυο συμβεβλημένου νοσηλευτηρίου

Το συμβεβλημένο νοσηλευτήριο (Ομίλος «Ιατρικό Αθηνών») διαθέτει ευρύ δίκτυο κλινικών, συνεργαζόμενων διαγνωστικών κέντρων καθώς και συνεργαζόμενων ιατρών σε όλη την Ελλάδα. Το δίκτυο αυτό ενδέχεται να τροποποιηθεί. Για το λόγο αυτό και για την καλύτερη ενημέρωσή σας προτείνουμε κάθε φορά να επικοινωνείτε με τη Γραμμή Υγείας στα πιο πάνω τηλέφωνα.

## Οδηγίες για τη μελέτη των όρων της ασφάλισής σας

Σε αυτό το βιβλίο όρων μπορείτε να βρείτε την περιγραφή όλων των καλύψεων που σας προσφέρουμε με το πρόγραμμα Medioun Care.

Σας παρακαλούμε να διαβάσετε προσεκτικά το βιβλίο για να κατανοήσετε επακριβώς όλες τις πτυχές του προγράμματός σας.

Δώστε ιδιαίτερη βαρύτητα στην **περιγραφή των καλύψεων** που βρίσκονται στο παρόν βιβλίο των όρων (σελ. 15-17) καθώς και στα παρακάτω που θα βρείτε στις πρώτες σελίδες του ασφαλιστηρίου σας:

- Πίνακας Καλύψεων και Ασφαλίστρων.
- Πίνακας Ανάλυσης Καλύψεων (εδώ θα βρείτε τα όρια των παροχών σας).
- Πίνακας Εξαιρέσεων, Περιορισμών, Ειδικών Συμφωνιών και Ειδικών Εξαιρέσεων/Περιορισμών και Παρεκκλίσεων.
- Ενημερωτικό Έντυπο Πληροφοριών.

Σας υπενθυμίζουμε ότι το ασφαλιστήριο που έχουμε συνάψει, περιέχει δικαιώματα και υποχρεώσεις από την δική μας πλευρά προς εσάς αλλή και από τη δική σας πλευρά προς εμάς. Παρακαλούμε να ανατρέξετε στα αντίστοιχα άρθρα αυτού του βιβλίου για πλήρη ενημέρωση.

Επίσης σας προτείνουμε να διαβάσετε προσεκτικά τις **εξαιρέσεις** που υπάρχουν στις καλύψεις.

Θυμηθείτε πως διατηρείτε **δικαιώματα εναντίωσης και υπαναχώρησης** από το ασφαλιστήριο για τις περιπτώσεις που περιγράφονται μέσα στους όρους (Άρθρο 5: Ποια είναι τα δικαιώματά σας). Για την άσκηση των συγκεκριμένων δικαιωμάτων έχουμε βάλει στο ασφαλιστήριό σας σχετικά υποδείγματα.

Επιθυμούμε να βελτιώνουμε συνεχώς τις υπηρεσίες μας προς εσάς ώστε να μας αισθάνεστε κοντά σας αποτελεσματικά και ολοκληρωμένα. Για το λόγο αυτό σας καλούμε να διαβάσετε τη διαδικασία υποβολής παραπόνου (σελ. 18) και να μη διστάσετε να μας κοινοποιήσετε οτιδήποτε μπορεί να σας προβληματίσει.

Για οποιαδήποτε περαιτέρω διευκρίνιση, ο Ασφαλιστικός σας Σύμβουλος και το Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών της Εταιρείας μας είναι στη διάθεσή σας να σας βοηθήσουν.

## Συχνές ερωτήσεις για το Medioun Care

### 1. Τι πρέπει να κάνω στην περίπτωση που θέλω να χρησιμοποιήσω τις παροχές που μου προσφέρει το πρόγραμμά μου πρωτοβάθμιας περίθαλψης Medioun Care;

Για τη χρήση των παροχών του προγράμματός σας απαιτείται:

- **Να επικοινωνήσετε με τη Γραμμή Υγείας** προκειμένου να σας δοθούν οι κατάλληλες οδηγίες ή/και να κλείσετε ραντεβού.
- **Το ασφαλιστήριό σας να είναι σε ισχύ και να έχουν εξοφληθεί όλες οι οφειλόμενες δόσεις** ασφαλιστρών.
- **Οι εξετάσεις να έχουν συνταγογραφηθεί από ιατρό αντίστοιχης ειδικότητας**, εκτός από τις περιπτώσεις του ετήσιου προληπτικού ή προγεννητικού ελέγχου και του ετήσιου οδοντιατρικού ελέγχου.
- **Να έχει παρέλθει η περίοδος αναμονής** που αναφέρεται στο ασφαλιστήριό σας. Αυτό σημαίνει ότι από την ημερομηνία έναρξης της ασφάλισης, θα πρέπει να έχουν περάσει τουλάχιστον:
  - 7 ημέρες σε περίπτωση που σας συμβεί κάποιο ατύχημα.
  - 30 ημέρες σε κάθε άλλη περίπτωση.

### 2. Πού μπορώ να πραγματοποιήσω τις διαγνωστικές εξετάσεις, τον ετήσιο προληπτικό έλεγχο και τις άλλες παροχές/ελέγχους που μου προσφέρει το πρόγραμμά μου πρωτοβάθμιας περίθαλψης Medioun Care;

Σε όλα τα νοσηλευτήρια του Ομίλου Ιατρικού Αθηνών αλλήλ και στα συνεργαζόμενα με τον Όμιλο διαγνωστικά κέντρα σε όλη την Ελλάδα.

Προσοχή όμως:

- Ο οδοντιατρικός έλεγχος καλύπτεται σε συγκεκριμένους οδοντιάτρους μόνο σε Αττική και Θεσσαλονίκη.
- Τα ειδικά πακέτα προληπτικού ελέγχου για παιδιά έως 14 ετών πραγματοποιούνται μόνο στο Παιδιατρικό Κέντρο Αθηνών.

### 3. Τι χρειάζεται να έχω μαζί μου κατά την προσέλευσή μου στο νοσηλευτήριο ή το συνεργαζόμενο διαγνωστικό κέντρο;

Πρέπει να έχετε μαζί σας:

- Το **Δελτίο της Αστυνομικής σας Ταυτότητας** ή οποιοδήποτε έγγραφο με το οποίο αποδεικνύεται η ταυτότητά σας. Αν πρόκειται για παιδί, το βιβλιάριο υγείας του.
- Το **παραπεμπτικό**, που θα περιέχει και τη σχετική γνωμάτευση, στο οποίο υποχρεωτικά θα αναφέρονται το ονοματεπώνυμό σας, οι αναγκαίες διαγνωστικές εξετάσεις αναλυτικά και ο λόγος για τον οποίο κρίνονται αναγκαίες (συμπτωματολογία και ασθένεια).

### 4. Πώς λειτουργεί η κάλυψη των διαγνωστικών εξετάσεων σε περίπτωση προσκόμισης παραπεμπτικού από γιατρό Δημόσιου Ασφαλιστικού Φορέα;

Εφόσον ο Δημόσιος Ασφαλιστικός Φορέας σας δώσει το σχετικό παραπεμπτικό στο οποίο αναφέρεται ότι δικαιούστε κάλυψη από αυτόν, απαλλάσσετε από τη συμμετοχή σας στις διαγνωστικές εξετάσεις τόσο στις κλινικές του Ομίλου Ιατρικού Αθηνών όσο και στα διαγνωστικά κέντρα της επαρχίας.

### 5. Πού μπορώ να πραγματοποιήσω τις ιατρικές επισκέψεις που μου προσφέρει το πρόγραμμά μου πρωτοβάθμιας περίθαλψης Medioun Care και πόσο θα μου κοστίζει;

- **Στα εξωτερικά ιατρεία** των κλινικών του Ομίλου Ιατρικού Αθηνών.
  - Δωρεάν, χωρίς επιβάρυνση:
    - Στις εφημερεύουσες ειδικότητες: Σε Παθολόγο, Καρδιολόγο, Χειρουργό, Ορθοπαιδικό, όλο το 24ωρο.
    - Στο Παιδιατρικό Κέντρο Αθηνών, όλο το 24ωρο και στην Παιδιατρική κλινική του Ιατρικού Διαβαθκανικού Θεσσαλονίκης μέχρι τις 19:00 σε Παιδίατρο και Παιδοχειρουργό.
    - Στο Ιατρικό Κέντρο Αθηνών σε Ωτορινολαρυγγολόγο και Γυναικολόγο, όλο το 24ωρο.
  - 10 ευρώ ανά επίσκεψη στο Ιατρικό Διαβαθκανικό Θεσσαλονίκης για επίσκεψη σε Γυναικολόγο.
  - 30 ευρώ ανά επίσκεψη για τις λοιπές ειδικότητες.
- **Στα ιατρεία των συνεργαζόμενων γιατρών** εκτός Αττικής και Θεσσαλονίκης.
  - Η επίσκεψη στο ιατρείο κοστίζει από 10 ευρώ έως 50 ευρώ.
- **Στο σπίτι σας** από συνεργαζόμενο γιατρό, σε περίπτωση αδυναμίας μετακίνησης.
  - Σε περίπτωση που δεν μπορείτε να μετακινηθείτε λόγω ατυχήματος ή ασθένειας, μπορεί να σας επισκεφθεί συνεργαζόμενος ιατρός στο σπίτι. Η χρέωση για την Αττική και τη Θεσσαλονίκη είναι 40 ευρώ για τις καθημερινές 8π.μ.-11μ.μ., ενώ για τις υπόλοιπες ώρες, τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες, η χρέωση είναι 60 ευρώ.

**6. Σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού καλύπτομαι από το πρόγραμμά μου πρωτοβάθμιας περίθαλψης Medisun Care;**

Βεβαίως. Σε περίπτωση επείγοντος μπορείτε να εξυπηρετείστε στις Κλινικές του Ομίλου Ιατρικού Αθηνών, χωρίς να απαιτείται προγενέστερη επικοινωνία σας με τη Γραμμή Υγείας.

- Προσέρχεστε στις Κλινικές του Ομίλου έχοντας τη δυνατότητα να επισκεφτείτε **εφημερεύοντα** ιατρό **χωρίς καμία επιβάρυνσή σας**.
- Σε περίπτωση έκτακτης κλήσης γιατρού μη εφημερεύουσας ειδικότητας θα υπάρχει χρέωση, η οποία αναγράφεται στον Πίνακα Ανάλυσης Καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας. Επιπλέον, σε περίπτωση έκτακτης κλήσης γιατρού μη εφημερεύουσας ειδικότητας, η αμοιβή ιατρού για γνωμάτευση μαγνητικών και αξονικών τομογραφιών ανέρχεται στο ποσό που αναγράφεται στον Πίνακα Ανάλυσης Καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας.
- Εάν ο γιατρός κρίνει πως πρέπει να υποβληθείτε σε Διαγνωστικές Εξετάσεις, θα πρέπει να συμπληρώσει σχετικό παραπεμπτικό για τη διενέργειά τους και να γίνει επικοινωνία με τη Γραμμή Υγείας.

**7. Καλύπτονται από το πρόγραμμά μου Medisun Care οι διαγνωστικές εξετάσεις επεμβατικού χαρακτήρα;**

Οι διαγνωστικές εξετάσεις επεμβατικού χαρακτήρα που καλύπτονται μέσω του προγράμματός σας Medisun Care, σε ιδιαίτερα προνομιακή τιμή είναι οι εξής δύο:

- Γαστροσκόπηση.
- Κολινοσκόπηση.

Σε περίπτωση πολυπεκτομής θα επωφεληίστε έκπτωσης 20% επί των εξόδων της κλινικής. **Επικοινωνήστε με τη Γραμμή Υγείας** προκειμένου να σας δοθούν οι κατάλληλες οδηγίες και να κλείσετε ραντεβού.



## Περιεχόμενα

ενότητες	σελίδα	ενότητες που περιλαμβάνουν
<b>Όροι ασφαλιστηρίου</b>	8	Άρθρο 1: Ορισμοί
	9	Άρθρο 2: Τι περιλαμβάνει το ασφαλιστήριό σας
	9	Άρθρο 3: Ποια είναι η ισχύς της ασφάλισης
	10	Άρθρο 4: Τι πρέπει να γνωρίζετε σχετικά με το Ασφάλιστρο
	10	Άρθρο 5: Ποια είναι τα δικαιώματά σας
	11	Άρθρο 6: Ποιες είναι οι υποχρεώσεις σας
	11	Άρθρο 7: Ποια είναι τα δικαιώματά και η ευθύνη μας
	12	Άρθρο 8: Ποιες είναι οι υποχρεώσεις μας
	12	Άρθρο 9: Τι δεν καλύπτει το ασφαλιστήριό σας
	13	Άρθρο 10: Υποκατάσταση
	13	Άρθρο 11: Ποια είναι η αρμοδιότητα δικαστηρίων και το νόμισμα
	13	Άρθρο 12: Πότε τερματίζεται η ασφαλιστική σας σύμβαση
	13	Άρθρο 13: Παραγραφή
	13	Άρθρο 14: Προσωπικά δεδομένα
<b>Όροι προγράμματος Medisun Care</b>	15	Άρθρο 1: Ποιες είναι οι παροχές της ασφάλισής σας
	16	Άρθρο 2: Ποιες είναι οι υποχρεώσεις σας και οι απαραίτητες προϋποθέσεις για τη διενέργεια Διαγνωστικών Εξετάσεων και ελέγχων
	17	Άρθρο 3: Τι δεν καλύπτει το πρόγραμμα Medisun Care
	17	Άρθρο 4: Πότε τερματίζεται η κάλυψη
<b>Οδηγίες Υποβολής Παραπόνου</b>	18	

## Όροι Προγράμματος Ασφάλισης Υγείας





 **Το παρόν περιέχει τους γενικούς και ειδικούς όρους του ασφαλιστηρίου σας.**

## Όροι ασφαλιστηρίου

003/01-2017

Οι παρόντες γενικοί όροι ασφαλιστηρίου διέπουν την παρούσα ασφαλιστική σύμβαση στο σύνολό της και ισχύουν παράλληλα με τους ειδικούς όρους των καλύψεων που ακολουθούν.

**Οποιαδήποτε λέξη έχει γραφτεί με κεφαλαίο το πρώτο γράμμα έχει συγκεκριμένη σημασία** για την ασφαλιστική σας σύμβαση. Για να βρείτε τη σημασία της μπορείτε να ανατρέξετε στους ορισμούς παρακάτω.

### Άρθρο 1: Ορισμοί

Οπουδήποτε εμφανίζονται οι παρακάτω λέξεις ή φράσεις στο κείμενο του ασφαλιστηρίου σας ή στους παρόντες όρους έχουν το νόημα που τους δίδεται παρακάτω:

**Ασθένεια:** Κάθε μεταβολή της φυσιολογικής λειτουργίας του οργανισμού, που δεν οφείλεται σε Ατύχημα.

**Πρώτος Ασφαλισμένος:** Το πρόσωπο για την ασφάλιση της υγείας του οποίου συνομολογείται η ασφάλιση.

**Ασφαλισμένα Μέλη:** Τα πρόσωπα για την ασφάλιση της υγείας των οποίων συνομολογείται η ασφάλιση. Είναι τα μέλη που καλύπτονται από το παρόν ασφαλιστήριο και συνδέονται με τον Πρώτο Ασφαλισμένο με έως β' βαθμού συγγένεια. Ο βαθμός συγγένειας είναι συνάρτηση του αριθμού των γεννήσεων που έχουν μεσοθαβήσει. Σημειώστε ότι συγγένεια έως β' βαθμού, σημαίνει ότι έχουν μεσοθαβήσει 1 ή 2 γεννήσεις.

**Ασφαλιστικό Έτος:** Κάθε ετήσια περίοδος, η οποία αρχίζει από την ημερομηνία έναρξης ισχύος του ασφαλιστηρίου ή από την αντίστοιχη με αυτή ημερομηνία των επόμενων ετών.

**Ασφάλιστρο:** Το χρηματικό ποσό έναντι του οποίου παρέχεται η ασφάλιση.

**Ασφάλισμα:** Είναι η αποζημίωση που είναι υποχρεωμένη να καταβάλει η Εταιρεία, ανάλογα με το περιστατικό, όπως αυτό προβλέπεται από το ασφαλιστήριό σας.

**Ανώτατο Όριο Κάλυψης:** Το ανώτατο όριο ευθύνης που θα καταβάλει η Εταιρεία κατά περίπτωση.

**Ατύχημα:** Είναι το βίαιο, εξωτερικό και ανεξάρτητο της θέλησης του Ασφαλισμένου γεγονός που οδηγεί σε σωματική βλάβη. Ατύχημα δε θεωρείται το ισχαιμικό επεισόδιο ή το έμφραγμα.

**Συμβεβλημένο Νοσηλευτήριο ή Κλινική:** Θεωρούνται αποκλειστικά όλες οι κλινικές της εταιρείας με την επωνυμία "Ιατρικό Αθηνών Ε.Α.Ε."

**Συνεργαζόμενο Διαγνωστικό Κέντρο:** Κάθε διαγνωστικό κέντρο που αποτελεί ανεξάρτητο συνεργάτη της εταιρείας με την επωνυμία "Ιατρικό Αθηνών Ε.Α.Ε." το οποίο λειτουργεί εντελώς ανεξάρτητα και αυτοτελώς από αυτήν.

**Συνεργαζόμενος Ιατρός:** Κάθε ιατρός που ασκεί νόμιμα την ειδικότητά του, αναγνωρισμένη από Ιατρικό Σύλλογο, ο οποίος αποτελεί ανεξάρτητο συνεργάτη της εταιρείας με την επωνυμία "Ιατρικό Αθηνών Ε.Α.Ε." και λειτουργεί εντελώς ανεξάρτητα και αυτοτελώς από αυτήν.

**Γραμμή Υγείας:** Είναι το συντονιστικό τηλεφωνικό κέντρο το οποίο λειτουργεί είκοσι τέσσερις ώρες το 24ωρο καθ' όλη τη διάρκεια του έτους, είναι στελεχωμένο με εξειδικευμένο ιατρικό και διοικητικό προσωπικό και έχει ως αντικείμενο την:

(α) Ενημέρωση για Συμβεβλημένα Νοσηλευτήρια ή Κλινικές, τα Συνεργαζόμενα Διαγνωστικά Κέντρα καθώς και τους Συνεργαζόμενους Ιατρούς σε όλη την Ελλάδα.

(β) Ενημέρωση με τις παροχές και τις καλύψεις του ασφαλιστηρίου σας.

**Διαγνωστικές Εξετάσεις:** Θεωρούνται οι εξετάσεις (αιματολογικές, βιοχημικές, απεικονιστικές, παρακλινικές) που απαιτούνται συνεπεία Ατυχήματος ή Ασθενείας του Ασφαλισμένου κατά τη διάρκεια ισχύος του ασφαλιστηρίου και που διενεργούνται αποκλειστικά και μόνο στο Συμβεβλημένο Νοσηλευτήριο και στο Συνεργαζόμενο Διαγνωστικό Κέντρο.

**Δικαιούχος/οι:** Ως δικαιούχος/οι της Κάλυψης Απώλειας Ζωής από Ατύχημα ορίζεται/ονται οι νόμιμοι κληρονόμοι του Ασφαλισμένου.

**Εμείς/εμάς/μας:** Η ασφαλιστική Εταιρεία AXA Ασφαλιστική Α.Ε. Η χρήση ρήματος στο πρώτο πληθυντικό πρόσωπο υπονοεί πάντοτε ότι έχει προηγηθεί η λέξη 'εμείς', έστω και αν αυτή δεν είναι γραμμένη.

**Επείγον περιστατικό:** Ορίζεται κάθε αναπάντεχο περιστατικό κλονισμού της κατάστασης της υγείας σας από Ατύχημα ή Ασθένεια.

**Επέτειος του ασφαλιστηρίου:** Η ημερομηνία κάθε έτους που ταυτίζεται με την ημερομηνία έναρξης ισχύος του ασφαλιστηρίου.

**Εσείς/εσάς/σας:** Ο Συμβαλλόμενος, ο Πρώτος Ασφαλισμένος και τα Ασφαλισμένα Μέλη. Η χρήση ρήματος στο δεύτερο πληθυντικό πρόσωπο υπονοεί πάντοτε ότι έχει προηγηθεί η λέξη 'εσείς', έστω και αν αυτή δεν είναι γραμμένη.

**Εταιρεία:** Η AXA Ασφαλιστική Α.Ε., με έδρα στη διεύθυνση Μιχαλακοπούλου 48, 115 28, Αθήνα.

**Ηλικία Ασφαλισμένου:** Ο πλησιέστερος ακέραιος αριθμός ετών ζωής στην ημερομηνία έναρξης ισχύος της ασφάλισης ή ετήσιας Επετείου που συμπληρώνει ο Ασφαλισμένος, με βάση την ημερομηνία γέννησης που έχει δηλωθεί στην αίτηση ασφάλισης.

**Περίοδος Αναμονής:** Ο αριθμός των συνεχών ημερών από την έναρξη ισχύος της ασφάλισης για τις οποίες δεν καταβάλλεται αποζημίωση βάσει του παρόντος.

**Συμβαλλόμενος:** Το φυσικό ή νομικό πρόσωπο με το οποίο η Εταιρεία συνάπτει την ασφάλιση. Κατά την διάρκεια της ασφάλισης, όλα τα δικαιώματα αλληλά και οι υποχρεώσεις που απορρέουν από το ασφαλιστήριο αναφέρονται στο Συμβαλλόμενο, εκτός από εκείνα που από την φύση τους πρέπει να εκπληρωθούν από τον Ασφαλισμένο.

**Τρομοκρατική Ενέργεια:** Είναι κάθε ενέργεια μεμονωμένων ή/και οργανωμένων σε ομάδα ή/και συνεργαζόμενων με οργανισμούς ή κυβερνήσεις ατόμων, με ή χωρίς τη χρήση ή/και την απειλή χρήσης δύναμης ή βίας, που γίνεται για πολιτικούς ή/και κοινωνικούς ή/και θρησκευτικούς ή/και ιδεολογικούς ή/και εθνικιστικούς σκοπούς, περιλαμβάνουσα τον εκφοβισμό του κοινού ή/και ορισμένου κύκλου προσώπων ή/και την επιρροή σε νόμιμη Αρχή, ανεξαρτήτως από το εάν οι ενέργειες αυτές έλαβαν ή όχι χώρα κατά τη διάρκεια πολιτικών ταραχών, στάσεων, οχληγαγιών, απεργιών ή κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε διατάραξης της δημόσιας τάξης.

## Άρθρο 2: Τι περιλαμβάνει το ασφαλιστήριό σας

Η ασφαλιστική σύμβαση απαρτίζεται από:

- Την αίτηση ασφάλισης
- Το ασφαλιστήριο που φέρει την υπογραφή των νόμιμων εκπροσώπων της Εταιρείας, το οποίο περιλαμβάνει:
  - Τα στοιχεία του Συμβαλλόμενου, του Πρώτου Ασφαλισμένου και των Ασφαλισμένων μελών.
  - Τα στοιχεία της ασφάλισης (ημερομηνίες έναρξης και λήξης, τρόπο και συχνότητα καταβολής των ασφαλίσεων) και του προγράμματος που έχετε επιλέξει.
  - Τον Πίνακα Καλύψεων και Ασφαλίσεων και τον Πίνακα Ανάλυσης Καλύψεων.
  - Τους ειδικούς όρους που αφορούν ειδικές συμφωνίες, εξαιρέσεις, περιορισμούς και παρεκκλίσεις που έχουν συμφωνηθεί ανάμεσα στην Εταιρεία και σε εσάς και αναγράφονται στον Πίνακα Εξαιρέσεων, Περιορισμών, Ειδικών Συμφωνιών και Ειδικών Εξαιρέσεων/Περιορισμών και Παρεκκλίσεων του ασφαλιστηρίου σας.
  - Το Ενημερωτικό Έντυπο Πληροφοριών σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.
- Τους παρόντες όρους ασφάλισης, που επισυνάπτονται στο ασφαλιστήριο.
- Τις τυχόν αιτήσεις μετατροπών και τα κείμενα των Πρόσθετων Πράξεων που σας αποστέλλει η Εταιρεία με την υπογραφή των νόμιμων εκπροσώπων της.

## Άρθρο 3: Ποια είναι η ισχύς της ασφάλισης

### Έναρξη ισχύος ασφάλισης

Είναι η ημερομηνία έναρξης ισχύος της ασφάλισης που αναγράφεται στις πρώτες σελίδες του ασφαλιστηρίου σας. Η ασφάλιση ισχύει **εφόσον** έχετε καταβάλει το ετήσιο Ασφάλιστρο ή την πρώτη δόση του, εάν έχει συμφωνηθεί να πληρώνετε σε δόσεις.



### Περίοδος Αναμονής

- **Κάλυψη Απώλειας Ζωής από Ατύχημα:**
  - **Δεν υπάρχει Περίοδος Αναμονής.** Η κάλυψη ενεργοποιείται άμεσα από την ημερομηνία έναρξης ισχύος της ασφάλισης που αναγράφεται στις πρώτες σελίδες του ασφαλιστηρίου σας.
- **Εξωνοσοκομειακές παροχές:**
  - Συνεπεία Ατυχήματος, **επτά (7) ημέρες** μετά από την ημερομηνία έναρξης της ισχύος της ασφάλισης που αναγράφεται στις πρώτες σελίδες του ασφαλιστηρίου σας.

- Σε κάθε άλλη περίπτωση, τριάντα (30) ημέρες μετά από την ημερομηνία έναρξης της ισχύος της ασφάλισης που αναγράφεται στις πρώτες σελίδες του ασφαλιστηρίου σας.

#### **Η Περίοδος Αναμονής ισχύει μόνο για το πρώτο έτος ασφάλισης.**

##### **Διάρκεια**

Η διάρκεια ισχύος της ασφάλισής σας είναι ένα (1) έτος.

##### **Λήξη και Ανανέωση ασφάλισης**

Η ημερομηνία λήξης ισχύος της ασφάλισης αναγράφεται στις πρώτες σελίδες του ασφαλιστηρίου σας. Πριν τη λήξη κάθε ασφαλιστικής περιόδου σας ενημερώνουμε με το ειδοποιητήριο εξόφλησης Ασφαλιστρών για τα Ασφάλιστρα και τυχόν αλληλαγές στους όρους και τις παροχές του ασφαλιστηρίου σας. Η καταβολή των Ασφαλιστρών έως και την ορισθείσα ημερομηνία πληρωμής συνεπάγεται την ανανέωση του προγράμματός σας για την επόμενη ασφαλιστική περίοδο.

##### **Όροι ανανεωτηρίου**

Κατά την ετήσια Επέτειο του ασφαλιστηρίου σας συνεχίζουν να ισχύουν οι όροι του πρωτοεκδιδόμενου ασφαλιστηρίου. Σε περίπτωση τροποποίησης των όρων θα σας ενημερώσουμε εγγράφως.

#### **Άρθρο 4: Τι πρέπει να γνωρίζετε σχετικά με το Ασφάλιστρο**

##### **■ Ασφάλιστρο και αναπροσαρμογές Ασφαλίστρου**

Τα Ασφάλιστρά σας καθορίζονται λαμβάνοντας υπόψη συγκεκριμένους παράγοντες τιμολόγησης όπως (ενδεικτικά και όχι περιοριστικά) η Ηλικία σας, οι παροχές του προγράμματος, η επάρκεια των Ασφαλιστρών ώστε να είμαστε σε θέση να εκπληρώνουμε τις υποχρεώσεις μας για το σύνολο των ασφαλιστηρίων υγείας.

Οι παράγοντες τιμολόγησης μπορεί να μεταβληθούν από εμάς μόνο κατά την ετήσια Επέτειο του ασφαλιστηρίου σας, αφού έχετε προηγουμένως ενημερωθεί για τη μεταβολή στα Ασφάλιστρα του ασφαλιστηρίου σας.

##### **■ Συχνότητα και τρόπος πληρωμής του Ασφαλίστρου**

Το Ασφάλιστρο είναι ετήσιο και καταβάλλεται στην έναρξη κάθε περιόδου ασφάλισης. Μπορείτε να επιλέξετε την πληρωμή του Ασφαλίστρου σε δόσεις εξάμηνες, τρίμηνες ή μηνιαίες. Η καταβολή τους γίνεται μέσω του προκαθορισμένου τρόπου που έχετε επιλέξει στην αίτηση ασφάλισης.

##### **■ Φόροι - επιβαρύνσεις**

Κάθε φόρος ή τέλος που έχει σχέση με το Ασφάλιστρο ή το Ασφάλισμα, ανεξάρτητα αν επιβάλλονται με νομικές διατάξεις που θεσπίστηκαν πριν ή μετά από την έκδοση του ασφαλιστηρίου, επιβαρύνουν το Συμβαλλόμενο ή το Δικαιούχο του Ασφαλίσματος ανά περίπτωση.

##### **■ Εκπτώσεις**

Ενδέχεται να σας παρέχουμε ειδικές εκπτώσεις στο Ασφάλιστρό σας οι οποίες αναγράφονται στον Πίνακα Καλύψεων και Ασφαλιστρών του ασφαλιστηρίου σας, εφόσον εμπίπτετε στις κατηγορίες ασφαλισμένων που δικαιούνται την έκπτωση.

#### **Άρθρο 5: Ποια είναι τα δικαιώματά σας**

##### **■ Έχετε δικαίωμα εναντίωσης:**

Σε όσα αναγράφονται στο περιεχόμενο του ασφαλιστηρίου σας για τις εξαιρέσεις, περιορισμούς, ειδικές συμφωνίες και ειδικές περιπτώσεις εξαιρέσεων και περιορισμών, καθώς και για κάθε άλλη διάταξη του περιεχομένου του ασφαλιστηρίου που ενδεχομένως θα μπορούσε να θεωρηθεί παρέκκλισή του από την αίτηση για ασφάλιση, μέσα σε 1 (ένα) μήνα από την παραλαβή του ασφαλιστηρίου αποστέλληοντάς μας με συστημένη επιστολή συμπληρωμένη τη δήλωση εναντίωσης (Α) που επισυνάπτεται στο ασφαλιστήριο σας. Επίσης, αν δεν παραλάβετε τους όρους του ασφαλιστηρίου του προγράμματος ή το Ενημερωτικό Έντυπο Πληροφοριών, έχετε το δικαίωμα μέσα σε δεκατέσσερις (14) ημέρες από την παραλαβή του ασφαλιστηρίου, να εναντιωθείτε γραπτά, αποστέλληοντάς μας με συστημένη επιστολή συμπληρωμένη τη δήλωση εναντίωσης (Β) που επισυνάπτεται στο ασφαλιστήριό σας.

##### **■ Έχετε δικαίωμα υπαναχώρησης:**

Για λόγους ανεξάρτητους από τους παραπάνω έχετε το δικαίωμα μέσα σε δεκατέσσερις (14) ημέρες από την παραλαβή του ασφαλιστηρίου σας να υπαναχωρήσετε γραπτά, αποστέλληοντάς συστημένη επιστολή στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρείας μας.

Σε περίπτωση που ασκήσετε οποιοδήποτε από τα παραπάνω δικαιώματα εναντίωσης και υπαναχώρησης, το ασφαλιστήριό σας ακυρώνεται από ενάρξεως. Σε αυτές τις περιπτώσεις επιστρέφονται τα καταβληθέντα Ασφάλιστρα, αφού πρώτα αφαιρεθούν τα τυχόν δικαιώματα ασφαλιστηρίου.

■ **Έχετε δικαίωμα να επαναφέρετε το ασφαλιστήριό σας σε ισχύ:**

- Εάν το ασφαλιστήριό σας ακυρωθεί, είναι δυνατόν να επαναφερθεί αυτόματα σε ισχύ μέσα σε τρεις (3) μήνες από την ημερομηνία ισχύος της ακύρωσης, εφόσον ο Συμβαλλόμενος καταβάλει όλα τα καθυστερούμενα Ασφάλιστρα από την ημέρα που έγινε απαιτητό το Ασφάλιστρο.
- Ως ημερομηνία ισχύος της ακύρωσης θεωρείται η ημερομηνία έναρξης της πρώτης απλήρωτης απόδειξης.
- Ως ημερομηνία ισχύος της επαναφοράς θεωρείται η ημερομηνία ισχύος της ακύρωσης.
- Μετά την πάροδο των τριών (3) μηνών από την ημερομηνία ισχύος της ακύρωσης, **δεν θα πραγματοποιείται** επαναφορά του ασφαλιστηρίου.
- Εάν το ασφαλιστήριο σας ακυρωθεί από την Εταιρεία λόγω δόλου, τότε δεν επαναφέρεται.

■ **Έχετε δικαίωμα να τροποποιήσετε το ασφαλιστήριό σας:**

- Μπορείτε να προσθέσετε ή να αφαιρέσετε Ασφαλισμένο Μέλος, πριν πληρωθεί η δόση Ασφαλίστρου που οφείλεται.
- Μπορείτε να αλλάξετε τη συχνότητα ή τον τρόπο πληρωμής του Ασφαλίστρου σας από την επόμενη δόση. Ειδικά στην περίπτωση της μηνιαίας συχνότητας πληρωμής εάν ανακληθούν οι αυτόματοι τρόποι είσπραξης που έχετε επιλέξει σύμφωνα με την αίτηση ασφάλισης, η συχνότητά της θα αλλάξει σε τριμηνιαία από την δόση Ασφαλίστρου που οφείλεται.

**Άρθρο 6: Ποιες είναι οι υποχρεώσεις σας**

- Πρέπει να μας **καταβάλλετε το Ασφάλιστρο** όταν είναι πληρωτέο με τη συχνότητα που έχετε συμφωνήσει μαζί μας και που αναγράφεται στο ασφαλιστήριό σας ή στην τυχόν Πρόσθετη Πράξη αλλαγής συχνότητας πληρωμής Ασφαλίστρου. Οι πληρωμές των Ασφαλίστρων θα πρέπει να γίνονται σύμφωνα με το Άρθρο 4 «Τι πρέπει να γνωρίζετε σχετικά με το Ασφάλιστρο» των όρων ασφαλιστηρίου, αλλιώς το ασφαλιστήριό σας θα ακυρώνεται.
- **Κατά τη σύναψη της ασφάλισης** υποχρεούστε να απαντήσετε σε κάθε σχετική ερώτησή μας σύμφωνα με αυτά που ερωτώνται στην αίτηση ασφάλισης. Αν δεν περιέλθουν σε γνώση μας τα παραπάνω στοιχεία, δικαιούμαστε να καταγγείλουμε τη σύμβαση ή να ζητήσουμε την τροποποίησή της. Ειδικότερα, σε περίπτωση παράβασης της υποχρέωσής σας από δόλο, έχουμε το δικαίωμα να καταγγείλουμε το ασφαλιστήριό σας σύμφωνα με όσα αναγράφονται στο Άρθρο 7 «Ποια είναι τα δικαιώματά και η ευθύνη μας» των όρων ασφαλιστηρίου.
- Θα πρέπει το συντομότερο δυνατό και το αργότερο εντός οκτώ (8) ημερών από τότε που λάβατε γνώση της **επέλευσης της ασφαλιστικής περίπτωσης να μας ειδοποιήσετε**.
- Επίσης, υποχρεούστε να μας δίνετε όλες τις αναγκαίες πληροφορίες, στοιχεία και έγγραφα που σχετίζονται με τις περιστάσεις και τις συνέπειες της επέλευσης του κινδύνου που σας ζητάμε. Εάν δεν τηρηθούν αυτές οι υποχρεώσεις, έχουμε το δικαίωμα να ζητήσουμε την αποκατάσταση της ζημιάς, που θα αποδειξουμε ότι έχουμε υποστεί λόγω παράβασης της υποχρέωσης ειδοποίησης/χορήγησης πληροφοριών, η οποία έγινε από πρόθεση.
- Θα πρέπει να μας **γνωστοποιείτε άμεσα και έγκαιρα κάθε αλλαγή στη διεύθυνση της κατοικίας ή στη διεύθυνση επικοινωνίας/αλληλογραφίας** που μας έχετε δηλώσει. Η γνωστοποίηση αυτή κρίνεται απαραίτητη καθώς με αυτόν τον τρόπο μας βοηθάτε να διατηρούμε την επικοινωνία μαζί σας. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι κοινοποιήσεις που αποστέλλονται από την Εταιρεία στην τελευταία γνωστή διεύθυνση επικοινωνίας/αλληλογραφίας είναι έγκυρες.

**Άρθρο 7: Ποια είναι τα δικαιώματά και η ευθύνη μας**

- **Έχουμε το δικαίωμα να καταγγείλουμε** την ισχύ του ασφαλιστηρίου σε οποιαδήποτε από τις παρακάτω περιπτώσεις:
  - Λόγω παράβασης εκ δόλου της υποχρέωσης γνωστοποίησης των αντικειμενικά ουσιωδών στοιχείων για την εκτίμηση του κινδύνου. Στην περίπτωση αυτή έχουμε το δικαίωμα να καταγγείλουμε τη σύμβαση μέσα σε προθεσμία ενός (1) μηνός από τότε που λάβαμε γνώση της παράβασης και τα αποτελέσματά της επέρχονται αμέσως. Αν οποιαδήποτε ασφαλιστική περίπτωση επέλθει εντός της παραπάνω προθεσμίας, απαλλασσόμαστε της υποχρέωσής μας προς καταβολή του Ασφαλίσματος.
  - Λόγω εκ μέρους σας **παραπλάνησης ή απόπειρας παραπλάνησής** μας, όσον αφορά την αξίωση σας προς λήψη ασφαλιστικής αποζημίωσης τόσο ως προς την ύπαρξη αξίωσης όσο και ως προς το ύψος αυτής. Το δικαίωμα καταγγελίας στην περίπτωση αυτή ασκείται εντός ενός (1) μηνός από τότε που ο λόγος της καταγγελίας περιήλθε σε γνώση μας και τα αποτελέσματά της επέρχονται αμέσως. Αν το ασφαλιστικό συμβάν επέλθει εντός της προθεσμίας άσκησης της καταγγελίας, απαλλασσόμαστε της υποχρέωσής μας προς καταβολή του Ασφαλίσματος.
- Εάν **δεν τηρήσετε τις υποχρεώσεις** σας σύμφωνα με το Άρθρο 6 «Ποιες είναι οι υποχρεώσεις σας» των όρων ασφαλιστηρίου, εμείς έχουμε τη δυνατότητα ανάλογα με τη σημαντικότητα του αποτελέσματος που επιφέρει η μη τήρηση ή η παραβίασή τους, όπως κατά περίπτωση σας έχουμε σημειώσει στους παρόντες όρους, να:
  - Μην προβούμε στην καταβολή της αποζημίωσης.
  - Τροποποιήσουμε τους όρους του ασφαλιστηρίου σας σε οποιαδήποτε κλήσην εμείς είμαστε διατεθειμένοι να παρέχουμε.
  - Μην προβούμε στην ανανέωση του ασφαλιστηρίου σας.
  - Διακόψουμε την ισχύ αμέσως του ασφαλιστηρίου σας.

- Διατηρούμε το **δικαίωμα να αλληλάξουμε το Συμβεβλημένο Νοσηλευτήριο** με το οποίο είμαστε συμβεβλημένοι ή/και να μεταβάλλουμε τις παροχές που συνδέονται με αυτό κατόπιν αντίστοιχης γραπτής ενημέρωσης προς εσάς, ή/και να μεταβάλλουμε τις διαδικασίες που προβλέπονται σχετικά με τη συγκεκριμένη κάλυψη. Στις περιπτώσεις αυτές, θα υπάρχει και αντίστοιχη μεταβολή στο Ασφάλιστρο της παρούσας κάλυψης. Σε περίπτωση που υπάρχει κατάργηση του προγράμματος αυτού για το σύνολο των ασφαλισμένων θα σας καλύψουμε μέχρι την επόμενη ετήσια Επέτειο του ασφαλιστηρίου σας.
- Έχουμε το δικαίωμα **να αλληλάξουμε το Ασφάλιστρο** ώστε να εναρμονίζεται με οποιαδήποτε αλλαγή του φόρου Ασφαλιστρών ή άλλων φόρων, με αντίστοιχη ενημέρωσή σας.
- Διατηρούμε το **δικαίωμα να αναπροσαρμόζουμε**, κατά την ετήσια Επέτειο του ασφαλιστηρίου σας, είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό **τις παροχές** και τα Ασφάλιστρα της παρούσας κάλυψης. Η αναπροσαρμογή θα αντικατοπτρίζει, ενδεικτικά και όχι περιοριστικά, τις τυχόν νέες παροχές που προστίθενται και την επάρκεια των Ασφαλιστρών ώστε να είμαστε σε θέση να εκπληρώνουμε τις υποχρεώσεις μας για το σύνολο των ασφαλιστηρίων του συγκεκριμένου προγράμματος. Επίσης, διατηρούμε το δικαίωμα να καταργήσουμε το συγκεκριμένο πρόγραμμα που έχετε επιλέξει για το σύνολο των Ασφαλισμένων της Εταιρείας με αυτό το πρόγραμμα. Σε αυτή την περίπτωση, είμαστε υποχρεωμένοι να σας γνωστοποιήσουμε γραπτώς, τους όρους, τις παροχές και τα Ασφάλιστρα, αντίστοιχου προγράμματος, προκειμένου να συνεχίσετε την ασφαλιστική σας κάλυψη.
- **Δε φέρουμε καμία ευθύνη** για την ποιότητα και ορθότητα σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, των υπηρεσιών (εξετάσεων, συμβουλών, κ.λπ.) που θα παρέχονται προς εσάς από τα Συνεργαζόμενα Διαγνωστικά Κέντρα και τους Συνεργαζόμενους Ιατρούς, το πάσης φύσεως προσωπικό τους καθώς και για τις πράξεις ή τις τυχόν παραλείψεις τους.

Αν η ασφαλιστική περίπτωση πληροί τους όρους κάλυψης του παρόντος παραρτήματος, εμπίπτει όμως στις εξαιρέσεις άλλου παραρτήματος του ασφαλιστηρίου σας, οποιαδήποτε παροχή σε εφαρμογή των όρων του παρόντος, δε μας δεσμεύει και δε μας υποχρεώνει για την καταβολή αποζημίωσης βάσει όρων άλλου παραρτήματος, οι οποίοι δεν πληρούνται.

#### **Άρθρο 8: Ποιες είναι οι υποχρεώσεις μας**

- Σας **δίνουμε σαφείς οδηγίες όταν καλέσετε τηλεφωνικά τη Γραμμή Υγείας** για τις κατευθύνσεις που πρέπει να ακολουθήσετε για τις καλύψεις του ασφαλιστηρίου σας.
- **Αναλαμβάνουμε την αποζημίωσή σας χωρίς καθυστέρηση, που να οφείλεται σε εμάς**, σύμφωνα με τους παρόντες όρους.

#### **Άρθρο 9: Τι δεν καλύπτει το ασφαλιστήριό σας**



Το ασφαλιστήριό σας **δε σας καλύπτει** για:

- Σωματικές βλάβες που οφείλονται άμεσα ή έμμεσα, ολικά ή μερικά σε απόπειρα αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμό ανεξάρτητα από τη διανοητική ή ψυχολογική κατάσταση του ατόμου.
- Σωματικές βλάβες που οφείλονται άμεσα ή έμμεσα, ολικά ή μερικά σε πολεμικά γεγονότα, σε διάπραξη άδικης επίθεσης σε βαθμό πλημμελήματος ή κακουργήματος με δικαστικά αποδεδειγμένη υπαιτιότητά σας και μέχρι να εξακριβωθεί ο βαθμός αυτής, σε συμμετοχή σας σε στρατιωτικά γυμνάσια των Ένοπλων Δυνάμεων οποιασδήποτε χώρας ή οργανισμού, πολιτική ή στρατιωτική στάση, καθώς και σε συμμετοχή σας σε κάθε μορφής Τρομοκρατική Ενέργεια.
- Σωματικές βλάβες που οφείλονται άμεσα ή έμμεσα, ολικά ή μερικά σε επίδραση ατομικής, χημικής, πυρηνικής ενέργειας ή βιολογικά «όπλα» ή ιοντίζουσας ακτινοβολίας ή ραδιενέργειας.
- Σωματικές βλάβες που οφείλονται άμεσα ή έμμεσα, ολικά ή μερικά σε σχιζοφρένεια, διπολικές διαταραχές (μανιοκατάθλιψη), ψυχωσική συνδρομή, νευροφυτικές και πάσης φύσεως ψυχολογικές ή ψυχιατρικές διαταραχές.
- Σωματικές βλάβες που οφείλονται άμεσα ή έμμεσα, ολικά ή μερικά σε ιδιοπαθή (πρωτοπαθή) επιληψία και συνέπειες/επιπλοκές αυτής.
- Σωματικές βλάβες που οφείλονται άμεσα ή έμμεσα, ολικά ή μερικά σε χρόνιο αλκοολισμό, χρήση ναρκωτικών ή τοξικών ουσιών ή παραισθησιογόνων ή ψυχοφαρμάκων ή φαρμάκων απεξάρτησης και συνέπειες αυτών.
- Επαγγελματική ή ερασιτεχνική συμμετοχή σας σε αθλήματα.
- Συμμετοχή σας σε επαγγελματικούς ή ερασιτεχνικούς αγώνες ταχύτητας με μηχανοκίνητα μέσα ή πολεμικών τεχνών.
- Συμμετοχή σε άθματα σε κενό, ελεγχόμενες πτώσεις σε γκρεμό, πτήση με αεροσκάφος χωρίς άδεια ή ως μαθητευόμενος, αναρρίκηση, ορειβασία, αετοσανίδα (kite surf), παρκουρ, καταδύσεις σε βάθος μεγαλύτερο από δέκα (10) μέτρα, πεζοπορία σε ύψος μεγαλύτερο από 2.500 μέτρα, μπάντζι τζάμπινγκ, αετό βουνού, αλεξίπτωτο πηλαγιάς, αεροπτερισμό, πτώση με αλεξίπτωτο, κατακόρυφη κατάβαση σε σπήλαια, σκι (εκτός πίστας ή άλλο χειμερινό άθλημα που εκτελείται εκτός πίστας) και οποιοδήποτε άλλο επικίνδυνο χόμπι (extreme sports).
- Περιπτώσεις όπου η παροχή κάλυψης ή πληρωμή αποζημίωσης θα μας εκθέσει σε κύρωση, απαγόρευση ή περιορισμό που επιβάλλεται από αποφάσεις του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών ή από εμπορικές ή οικονομικές κυρώσεις, νόμους ή κανονισμούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης, του Ηνωμένου Βασιλείου ή των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής.

**Προσοχή!** Παράλληλα με τις παραπάνω γενικές εξαιρέσεις του ασφαλιστηρίου σας, υπάρχουν και **ειδικές εξαιρέσεις**, οι οποίες αναγράφονται στο αντίστοιχο Άρθρο 3 «Τι δεν καλύπτει το πρόγραμμα Medioun Care» των όρων του προγράμματος Medioun Care που ακολουθεί.

#### **Άρθρο 10: Υποκατάσταση**

Με την καταβολή της αποζημίωσης, για οποιαδήποτε από τις παροχές του ασφαλιστηρίου, μεταβιβάζονται σε εμάς όλα τα δικαιώματα που απορρέουν σύμφωνα με το νόμο μέχρι του ορίου της αποζημίωσης που καταβάλλουμε, κατά παντός τρίτου.

#### **Άρθρο 11: Ποια είναι η αρμοδιότητα δικαστηρίων και το νόμισμα**

Το εφαρμοστέο δίκαιο στην παρούσα σύμβαση είναι το Ελληνικό. Για κάθε διαφορά που θα προκύψει μεταξύ μας από το ασφαλιστήριο αρμόδια θα είναι τα δικαστήρια της Αθήνας. Κάθε χρηματικό ποσό που θα πληρώνουμε ή εισπράτουμε είναι στο νόμισμα της Ελληνικής Δημοκρατίας.

#### **Άρθρο 12: Πότε τερματίζεται η ασφαλιστική σας σύμβαση**

Η ασφαλιστική σας σύμβαση τερματίζεται στις εξής περιπτώσεις:

- Μη πληρωμή, του Ασφαλιστήριου.
- Καταγγελία από εμάς, σύμφωνα με όσα αναφέρονται στο Άρθρο 7 "Ποια είναι τα δικαιώματά μας και η ευθύνη μας" του παρόντος παραρτήματος, ή αίτημά σας.

#### **Άρθρο 13: Παραγραφή**

Όλες οι απαιτήσεις προερχόμενες από το παρόν ασφαλιστήριο παραγράφονται εντός πέντε (5) ετών από την ημερομηνία την οποία έλαβε χώρα το γεγονός, διακοπτόμενης της παραγραφής στις περιπτώσεις που προβλέπει ο Αστικός Κώδικας.

#### **Άρθρο 14: Προσωπικά δεδομένα**

Εμείς θα τηρούμε σε αρχείο στα γραφεία μας και θα επεξεργαζόμαστε τα προσωπικά δεδομένα του άρθρου 2, παρ. α) και β) του Ν. 2472/1997 όπως ισχύει, που θα περιέλθουν στην κατοχή μας κατά την διάρκεια της συμβατικής σχέσης με εσάς, με σκοπό την υποστήριξη, προώθηση, εκτέλεση της συμβατικής σχέσης και συμμόρφωσή μας με τις εκάστοτε ισχύουσες απαιτήσεις που επιβάλλονται από νόμους, κανονισμούς και αποφάσεις Ρυθμιστικών Αρχών. Εμείς για τους προαναφερόμενους σκοπούς θα διαβιβάζουμε τα εν λόγω προσωπικά δεδομένα σε άλλα φυσικά πρόσωπα της Εταιρείας μας, σε θυγατρικές εταιρείες του Ομίλου AXA στην Ελλάδα και στο εξωτερικό, σε συνεργαζόμενες εταιρείες στην Ελλάδα και στο εξωτερικό ή σε όποιον άλλο αποδέκτη απαιτείται εκ του νόμου.

Εσείς έχετε τα δικαιώματα λήψης πληροφοριών σχετικά με τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν, καθώς και προβολής αντιρρήσεων στην επεξεργασία των εν λόγω δεδομένων (άρθρα 12 και 13 του Ν. 2472/1997, όπως ισχύει).



## Όροι προγράμματος Medioun Care

### Άρθρο 1: Ποιες είναι οι παροχές της ασφάλισής σας

Με βάση τις παροχές και τα Ασφάλιστρα που αναφέρονται στο ασφαλιστήριό σας, σας καλύπτουμε τα παρακάτω:

#### A. Απώλεια Ζωής από Ατύχημα

Σε περίπτωση απώλειας ζωής του Ασφαλισμένου συνεπεία Ατυχήματος καλυπτόμενου από τους όρους του παρόντος, κατά τη διάρκεια ισχύος της ασφάλισης, αναλαμβάνουμε την υποχρέωση να καταβάλουμε στο/ους Δικαιούχο/ους το Ασφάλισμα που αναγράφεται στον Πίνακα Ανάλυσης Καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας.

#### B. Εξωνοσοκομειακές παροχές



Αναλαμβάνουμε την κάλυψη του κόστους των παρακάτω ιατρικών υπηρεσιών συνεπεία Ατυχήματος ή Ασθένειας μέχρι των Ορίων που αναγράφονται στον Πίνακα Ανάλυσης Καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας.

**Βασική προϋπόθεση είναι οι ιατρικές αυτές υπηρεσίες να πραγματοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο στο Συμβεβλημένο Νοσηλευτήριο ή Κλινική, στο Συνεργαζόμενο Διαγνωστικό Κέντρο και τους Συνεργαζόμενους Ιατρούς, σύμφωνα με όσα αναφέρονται στους παρόντες όρους ασφάλισης.**

Οι καλυπτόμενες ιατρικές υπηρεσίες είναι οι εξής:

#### i. Σε όλη την Ελλάδα στις κλινικές του Συμβεβλημένου Νοσηλευτηρίου και στα Συνεργαζόμενα Διαγνωστικά Κέντρα:

- Έχετε τη δυνατότητα να προβείτε σε έναν **(1) ετήσιο ιατρικό προληπτικό έλεγχο υγείας (check up) χωρίς καμία επιβάρυνσή σας** και χωρίς την προσκόμιση παραπεμπτικού Ιατρού. Οι εξετάσεις του ετήσιου προληπτικού ελέγχου διενεργούνται όλες μαζί. Για τις ασφαλισμένες γυναίκες είναι δυνατόν αντί του ιατρικού προληπτικού ελέγχου να διενεργηθεί εναλλακτικά προγεννητικός έλεγχος, μετά την έναρξη της εγκυμοσύνης. Οι παραπάνω έλεγχοι περιλαμβάνουν τις εξετάσεις που αναγράφονται στον Πίνακα Ανάλυσης Καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας.
- Έχετε τη δυνατότητα διενέργειας **Διαγνωστικών Εξετάσεων** με παραπεμπτικό που εμπεριέχει γνωμάτευση θεράποντος Ιατρού αντίστοιχης ειδικότητας, μέχρι του **ανώτατου ετήσιου ορίου** που αναγράφεται στον Πίνακα Ανάλυσης Καλύψεων του ασφαλιστηρίου.



#### A. Καλύπτεσθε με το ποσοστό που αναγράφεται στον Πίνακα Ανάλυσης Καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας.

B. Εφόσον προσκομίσετε έγκυρο παραπεμπτικό ηλεκτρονικής συνταγογράφησης Δημόσιου Ασφαλιστικού Φορέα **το οποίο δύναται να εκτελεστεί σε ιδιώτη πάροχο, καλύπτεσθε με το ποσοστό** που αναγράφεται στον Πίνακα Ανάλυσης Καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας. Το ποσοστό αυτό ισχύει με την προϋπόθεση ότι το Συνεργαζόμενο Νοσοκομείο ή το Συνεργαζόμενο Διαγνωστικό κέντρο εξακολουθεί να είναι συμβεβλημένο με το Δημόσιο Ασφαλιστικό Φορέα. Η ρύθμιση αυτή αφορά στην ισχύουσα διαδικασία αποζημίωσης από το Δημόσιο Ασφαλιστικό Φορέα και στα ισχύοντα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων του Δημόσιου Ασφαλιστικού Φορέα κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος. Σε περίπτωση αλλαγής του ποσοστού συμμετοχής ή των κανόνων εκτέλεσης ή αποζημίωσης ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ή τροποποίησης της συμβατικής σχέσης και συμφωνίας μεταξύ του Δημόσιου Ασφαλιστικού Φορέα και του Συμβεβλημένου Νοσηλευτηρίου ή Συνεργαζόμενου Διαγνωστικού Κέντρου, διατηρούμε το δικαίωμα να τροποποιήσουμε τη σχετική κάλυψη ώστε να ενσωματώσει τις αλλαγές αυτές με έγκαιρη ενημέρωση προς εσάς. **Σε περίπτωση που δεν καλύπτεσθε για οποιοδήποτε λόγο από το Δημόσιο Ασφαλιστικό Φορέα, ισχύουν αυτά που αναφέρονται στην περίπτωση A. του παρόντος.**

- Σε περίπτωση κατά την οποία οι εξετάσεις υπερβούν το ετήσιο ανώτατο όριο, θα επωφεληθείτε έκπτωσης με το ποσοστό που αναγράφεται στον Πίνακα Ανάλυσης Καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας.

**Το δίκτυο των κλινικών του Συμβεβλημένου Νοσηλευτηρίου και των Συνεργαζόμενων Διαγνωστικών Κέντρων αναγράφεται στον Πίνακα Ανάλυσης Καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας.**

Επιπλέον του i. οι καλυπτόμενες ιατρικές υπηρεσίες σε Αττική και Θεσσαλονίκη είναι:

#### ii. Στις κλινικές του Συμβεβλημένου Νοσηλευτηρίου

- Έχετε τη δυνατότητα **επισκέψεων σε:** παθολόγο, καρδιολόγο, χειρουργό, ορθοπαιδικό στα εξωτερικά ιατρεία όλων των κλινικών του Συμβεβλημένου Νοσηλευτηρίου, παιδίατρο και παιδοχειρουργό στο Παιδιατρικό Κέντρο Αθηνών και στην Παιδιατρική κλινική του Ιατρικού Διαβαλκανικού Θεσσαλονίκης, ωτορινολαρυγγολόγο και γυναικολόγο στο Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, **χωρίς καμία επιβάρυνσή σας.**



Επίσης, έχετε τη δυνατότητα επίσκεψης σε γυναικολόγο στο Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης με χρέωση, η οποία αναγράφεται Πίνακα Ανάλυσης Καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας.

Σε περίπτωση **επισκέψεων σε Ιατρούς Ήλοιών Ειδικοτήτων**, η χρέωση αναγράφεται στον Πίνακα Ανάλυσης Καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας.

- Έχετε τη δυνατότητα σε περίπτωση Ατυχήματος ή Ασθένειας που δεν σας επιτρέπει να μετακινηθείτε, **να σας επισκεφθεί Συνεργαζόμενος Ιατρός στο σπίτι**. Οι χρεώσεις ανά επίσκεψη για τις καθημερινές 8π.μ.έως τις 11μ.μ., για τις υπόλοιπες ώρες, τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες αναγράφονται στον Πίνακα Ανάλυσης Καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας.
- Έχετε τη δυνατότητα να πραγματοποιήσετε συγκεκριμένες **ιατρικές πράξεις** (όπως εφαρμογή-αφαίρεση γύψου, συρραφές, αφαίρεση ραμμάτων, κ.λπ.) με συμμετοχή σας σε συμφωνημένο τιμοκατάλογο στις κλινικές του Συμβεβλημένου Νοσηλευτηρίου, σύμφωνα με όσα αναγράφονται στον Πίνακα Ανάλυσης Καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας.
- Έχετε τη δυνατότητα **χρήσης ασθενοφόρου χωρίς καμία επιβάρυνσή** σας εντός Αττικής και Θεσσαλονίκης για τη μεταφορά σε περίπτωση έκτακτης εισαγωγής σε κλινική του Συμβεβλημένου Νοσηλευτηρίου.
- Σε περίπτωση **Επείγοντος Περιστατικού** μπορείτε να εξυπηρετείστε στις Κλινικές του Συμβεβλημένου Νοσηλευτηρίου χωρίς να απαιτείται προγενέστερη επικοινωνία σας με τη Γραμμή Υγείας.
  - Εσείς θα προσέχετε στις Κλινικές του Συμβεβλημένου Νοσηλευτηρίου έχοντας τη δυνατότητα να επισκεφτείτε **εφημερεύοντα Ιατρό χωρίς καμία επιβάρυνσή σας**.
  - Σε περίπτωση έκτακτης κλήσης Ιατρού μη εφημερεύουσας ειδικότητας θα υπάρχει χρέωση, η οποία αναγράφεται στον Πίνακα Ανάλυσης Καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας. Επιπλέον, σε περίπτωση έκτακτης κλήσης Ιατρού μη εφημερεύουσας ειδικότητας, η αμοιβή Ιατρού για γνωμάτευση μαγνητικών και αξονικών τομογραφιών ανέρχεται στο ποσό που αναγράφεται στον Πίνακα Ανάλυσης Καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας.
  - Εάν ο Ιατρός κρίνει πως πρέπει να υποβληθείτε σε Διαγνωστικές Εξετάσεις, θα πρέπει να συμπληρώσει σχετικό παραπεμπτικό για τη διενέργειά τους και να γίνει επικοινωνία με τη Γραμμή Υγείας.
- Σε περίπτωση που είστε από 16 ετών και άνω, έχετε τη δυνατότητα πραγματοποίησης των **διαγνωστικών εξετάσεων επεμβατικού χαρακτήρα, γαστροσκόπησης ή κολινοσκόπησης**, με συνολική χρέωση -στην οποία **συμπεριλαμβάνεται** η ιατρική πράξη, η αμοιβή του γαστρεντερολόγου και το φάρμακο καταστολής- ανά εξέταση, η οποία αναγράφεται στον Πίνακα Ανάλυσης Καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας. Σε περίπτωση επακόλουθης πολυπεκτομής, θα επωφεληθείτε έκπτωσης επί των εξόδων της κλινικής, η οποία αναγράφεται στον Πίνακα Ανάλυσης Καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας. Ο Ιατρός που θα διενεργεί τη γαστροσκόπηση ή κολινοσκόπηση ορίζεται από την εκάστοτε κλινική του Συμβεβλημένου Νοσηλευτηρίου.
- Έχετε τη δυνατότητα πραγματοποίησης **ενός (1) ετήσιου οδοντιατρικού ελέγχου χωρίς καμία επιβάρυνσή σας** σε συγκεκριμένους οδοντιάτρους σε Αττική και Θεσσαλονίκη.
- **Ειδικά πακέτα προληπτικού ελέγχου για παιδιά έως και 14 ετών στο Παιδιατρικό Κέντρο Αθηνών στην Αττική:** Έχετε τη δυνατότητα να προβείτε σε **ειδικά πακέτα προληπτικού ελέγχου των οποίων οι αναλυτικές εξετάσεις και η συνολική χρέωση** αναγράφονται στον Πίνακα Ανάλυσης Καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας. Οι εξετάσεις ανά πακέτο προληπτικού ελέγχου διενεργούνται όλες μαζί.

**Επιπλέον του i. οι καλυπτόμενες ιατρικές υπηρεσίες εκτός Αττικής και Θεσσαλονίκης είναι:**

### **iii. Στους Συνεργαζόμενους Ιατρούς στο ιατρείο ή στο σπίτι**

Έχετε τη **δυνατότητα επισκέψεων σε Συνεργαζόμενους Ιατρούς:**

- Για όσες ειδικότητες με την αντίστοιχη χρέωση ανά επίσκεψη και ηλικία του Ασφαλισμένου στις περιοχές που αναγράφονται στον Πίνακα Ανάλυσης Καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας.
- Για τις ήλοιπες περιοχές και ειδικότητες θα πρέπει να επικοινωνείτε με τη Γραμμή Υγείας για να ενημερώστε σχετικά με τη διαθεσιμότητα αυτών με τη χρέωση που αναγράφεται στον Πίνακα Ανάλυσης Καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας.

Έχετε τη δυνατότητα σε περίπτωση Ατυχήματος ή Ασθένειας που δεν σας επιτρέπει να μετακινηθείτε, **να σας επισκεφθεί Συνεργαζόμενος Ιατρός στο σπίτι**. Η χρέωση ανά επίσκεψη, γεωγραφική περιοχή και ειδικότητα αναγράφεται στον Πίνακα




Ανάλυσης Καλύψεων του ασφαλιστηρίου σας.

### **Άρθρο 2: Ποιες είναι οι υποχρεώσεις σας και οι απαραίτητες προϋποθέσεις για τη διενέργεια Διαγνωστικών Εξετάσεων και ελέγχων**

Για τη διενέργεια των Διαγνωστικών Εξετάσεων, του ετήσιου προληπτικού ή προγεννητικού ελέγχου και του ετήσιου οδοντιατρικού

ελέγχου απαιτείται:

- α.** Η προηγούμενη επικοινωνία σας με τη Γραμμή Υγείας προκειμένου να σας δοθούν οι κατάλληλες οδηγίες.
- β.** Το ασφαλιστήριο σας να είναι σε ισχύ και να έχουν εξοφληθεί όλες οι οφειλόμενες δόσεις Ασφαλίσεων.
- γ.** Οι εξετάσεις να έχουν συνταγογραφηθεί από ιατρό αντίστοιχης ειδικότητας, εκτός από τις περιπτώσεις του ετήσιου προληπτικού ή προγεννητικού ελέγχου και του ετήσιου οδοντιατρικού ελέγχου. Για τον προγεννητικό έλεγχο, απαραίτητη προϋπόθεση είναι το αποτέλεσμα της Β-χοριακής ή βεβαίωση κύησης που να πιστοποιεί την εγκυμοσύνη.
- δ.** Κατά την προσέλευση στο Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο, υποχρεούστε για την κάλυψη των Διαγνωστικών Εξετάσεων να είστε εφοδιασμένος/η με:
  - Παραπεμπτικό, που θα περιέχει και τη σχετική γνωμάτευση, στο οποίο υποχρεωτικά θα αναφέρονται το ονοματεπώνυμό σας, οι αναγκαίες διαγνωστικές εξετάσεις αναλυτικά και ο λόγος για τον οποίο κρίνονται αναγκαίες (συμπτωματολογία και Ασθένεια).
  - Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας ή αν πρόκειται για παιδί το βιβλιάριο υγείας του, ή οποιοδήποτε έγγραφο με το οποίο αποδεικνύεται η ταυτότητά σας.
- ε.** Να έχει παρέλθει η Περίοδος Αναμονής που αναφέρεται στο Άρθρο 3 «Ποια είναι η ισχύς της ασφάλισης» των όρων ασφαλιστηρίου.
-  **ζ.** Ο προγεννητικός έλεγχος μπορεί να διενεργηθεί αντί του ετησίου προληπτικού ελέγχου, εάν έχουν περάσει δώδεκα (12) μήνες από την ημερομηνία έναρξης ισχύος της ασφάλισης.

### **Άρθρο 3: Τι δεν καλύπτει το πρόγραμμα Medium Care**

Επιπλέον του Άρθρου 9 «Τι δεν καλύπτει το ασφαλιστήριό σας» των όρων ασφαλιστηρίου, δεν καλύπτουμε δαπάνες εξωνοσοκομειακών παροχών που οφείλονται σε:

- Παχυσαρκία, μνίσκο, ρήξη συνδέσμων γόνατος, παθήσεις σπονδυλικής στήλης, και τις επιπλοκές τους για τους πρώτους (12) μήνες.
- Εκ γενετής ανωμαλίες και παθήσεις.
- Στείρωση ή γονιμότητα, κύηση (φυσιολογική ή εξωμήτριο), τοκετό καθώς και θεραπείες σχετικά με αυτά και επιπλοκές τους, αποβολή, εξωσωματική γονιμοποίηση, απόξεση και επιπλοκές τους, ριχεία και έκτρωση.
- Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) καθώς και επιπλοκές του.
- Αμοιβές επισκέψεων σε Ιατρούς εκτός δικτύου του Συμβεβλημένου Νοσηλευτηρίου για την εξέταση και την παροχή των παραπεμπτικών.
- Οποιοσδήποτε διαγνωστικές εξετάσεις επεμβατικού χαρακτήρα και αμοιβές Ιατρών που σχετίζονται με αυτές, εκτός από όσα σαφώς καλύπτονται στο Άρθρο 1 «Ποιες είναι οι παροχές της ασφάλισής σας» των όρων προγράμματος Medium Care.
- Διαγνωστικές εξετάσεις που διενεργούνται αποκλειστικά και μόνο σε επίπεδο Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- Παραπεμπτικά Διαγνωστικών Εξετάσεων τα οποία παραπέμπουν σε προληπτικό έλεγχο, πλην του καλυπτόμενου από το ασφαλιστήριο.
- Εξετάσεις μοριακής βιολογίας, κυτταρογεννητικής, PCR.
- Διαγνωστικές εξετάσεις που διενεργούνται σε άλλα διαγνωστικά κέντρα μη συμβεβλημένα.
- Αγορά και χορήγηση φαρμάκων, εκτός από όσα σαφώς καλύπτονται στο Άρθρο 1 «Ποιες είναι οι παροχές της ασφάλισής σας» των όρων προγράμματος Medium Care.

### **Άρθρο 4: Πότε τερματίζεται η κάλυψη**

Η παρούσα κάλυψη δεν ανανεώνεται:

- Για την κάλυψη των Εξωνοσοκομειακών παροχών με τη συμπλήρωση του ενενκοστού ένατου (99) έτους της ηλικίας σας.
- Για την κάλυψη Απώλειας Ζωής από Ατύχημα με τη συμπλήρωση του εβδομηκοστού πέμπτου (75) έτους της ηλικίας σας.

## Οδηγίες υποβολής παραπόνου

### Υποβολή παραπόνου

Στην AXA Ασφαλιστική Α.Ε. εστιάζουμε στο επίπεδο εξυπηρέτησης που προσφέρουμε και επιδιώκουμε την άριστη συνεργασία μας με όλους τους ασφαλισμένους μας. Αν το επίπεδο των υπηρεσιών μας δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες σας θα θέλαμε να επικοινωνήσετε μαζί μας ώστε να έχουμε τη δυνατότητα να βελτιωθούμε.

Το Τμήμα Παραπόνων είναι πάντα στη διάθεσή σας για να ασχοληθεί με κάθε μία περίπτωση ξεχωριστά και να σας απαντήσει έγκυρα και υπεύθυνα.

### Τρόπος υποβολής παραπόνου

Μπορείτε να μας αποστείλετε το παράπονό σας μέσω:

1. Συμπλήρωσης της φόρμας υποβολής παραπόνου που βρίσκεται στον παρακάτω σύνδεσμο  
<https://www.axa.gr/el/epikoionia/complain-form/>.
2. Αποστολής e-mail στην ηλεκτρονική διεύθυνση [complaintsdepartment@axa.gr](mailto:complaintsdepartment@axa.gr).
3. Αποστολής fax: +30 210 726 8850.
4. Ταχυδρομείου: προς το Τμήμα Παραπόνων AXA ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ, Μιχαηλακοπούλου 48, 115 28 Αθήνα.
5. Τηλεφωνικής επικοινωνίας απευθείας με το Τμήμα Παραπόνων της Εταιρείας μας στο τηλέφωνο: +30 210 726 8328.

### Πέρα από την AXA Ασφαλιστική

Σε περίπτωση που η απάντηση της Εταιρείας δεν ικανοποιεί ή καλύπτει το παράπονο ή θέμα που σας αφορά, μπορείτε να απευθυνθείτε στις αρμόδιες Αρχές (ενδεικτικά):

#### **Τράπεζα της Ελλάδος**

Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης  
Ελευθερίου Βενιζέλου 21, 10250 Αθήνα  
Τηλ.: 210 3205222, 210 3205223  
Fax: 210 3205437-8

#### **Υπουργείο Εργασίας & Κοινωνικής Ασφάλισης**

##### **Γενική Γραμματεία Καταναλωτή**

Πλατεία Κάνιγγος, 10181, Αθήνα  
Τηλ.: 1520  
Fax: 210 3843549

##### **Συνήγορος του Καταναλωτή**

Λεωφ. Αλεξάνδρας 144, 11471, Αθήνα  
Τηλ.: 210 6460862, 210 6460814, 210 6460612, 210 6460734, 210 6460458  
Fax: 210 6460414

### Η δέσμευσή μας

Εμείς δεσμευόμαστε να:

- Ενημερώνομαστε για όλα τα παράπονα άμεσα.
- Τα διερευνούμε γρήγορα και διεξοδικά.
- Σας κρατάμε ενήμερους για την πρόοδο των ενεργειών μας.
- Κάνουμε ό, τι είναι δυνατόν για την επίλυση του παραπόνου.
- Χρησιμοποιούμε τις πληροφορίες που μας δίνετε για τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών μας.



## Σημειώσεις

A series of horizontal dotted lines for taking notes.



Σκανάρετε εδώ για να  
επισκεφθείτε τον ιστότοπό μας



**801 111 222 333**

(από σταθερό με αστική χρέωση)

**210 726 8000**

(από σταθερό ή κινητό)

**24 ΩΡΕΣ ΤΟ 24ΩΡΟ, 7 ΗΜΕΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ**

**[www.axa.gr](http://www.axa.gr)**