

## Όροι προγράμματος 'Alpha Υγεία για Όλους'

### Άρθρο 1: Ορισμοί

Εταιρεία: Η AXA Ασφαλιστική Α.Ε., Μιχαλακοπούλου 48, 115 28 Αθήνα.

Τράπεζα: Η ALPHA BANK Α.Ε., Σταδίου 40, 102 52 Αθήνα, η οποία είναι και ο Λήπτης της ασφάλισης του υπ' αριθ. 504923-4 Ομαδικού Ασφαλιστηρίου.

Κυρίως Ασφαλισμένος: Είναι ο συμβαλλόμενος του εκάστοτε ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισης του ομαδικού ασφαλιστηρίου "Alpha Υγεία για Όλους", ο οποίος: α) υπογράφει την αίτηση ασφάλισης, β) έχει την υποχρέωση να καταβάλλει το ασφάλιστρο, γ) είναι ο υπόχρεος των ασφαλιστικών βαρών, δ) έχει τη δυνατότητα να ασφαλιστεί ή/και να ασφαλίσει τυχόν ασφαλισμένα μέλη με τις καλύψεις "Alpha Υγεία για Όλους" ή "Alpha Υγεία για Όλους Παιδικό", ε) είναι το φυσικό πρόσωπο για τη ζωή του οποίου συνομολογείται η ασφάλιση της απώλειας ζωής και ζ) είναι ηλικίας από 18 έως 70 ετών κατά την έναρξη της ασφάλισης.

Ασφαλισμένο Μέλος: Είναι το φυσικό πρόσωπο το οποίο συμμετέχει στην ασφάλιση του ομαδικού ασφαλιστηρίου "Alpha Υγεία για Όλους" το οποίο είναι: α) από 0 έως 16 ετών κατά την έναρξη ή ανανέωση της ασφάλισης για την κάλυψη εξωνοσοκομειακών παροχών "Alpha Υγεία για Όλους Παιδικό", β) από 17 έως 65 ετών κατά την έναρξη της ασφάλισης για την κάλυψη εξωνοσοκομειακών παροχών "Alpha Υγεία για Όλους".

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

Ασφάλισμα: Το χρηματικό ποσό που καταβάλλεται εφάπαξ στο δικαιούχο του κύριου ασφαλισμένου σε περίπτωση θανάτου του δεύτερου εξαίτιας ατυχήματος ή ασθένειας κατά τη διάρκεια ισχύος της ασφάλισης.

Δικαιούχος: Ως δικαιούχοι ορίζονται οι νόμιμοι κληρονόμοι του κύριου ασφαλισμένου.

Όριο κάλυψης: Το ανώτατο όριο κεφαλαίου/αποζημίωσης που θα σας καταβάλλουμε κατά περίπτωση.

Ατύχημα: Είναι το βίαιο, εξωτερικό και ανεξάρτητο της θέλησης του κύριου ασφαλισμένου γεγονός που οδηγεί σε σωματική βλάβη.

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

Ασφαλιστική Σύμβαση: Την ασφαλιστική σύμβαση αποτελούν: το παρόν ατομικό πιστοποιητικό ασφάλισης ομαδικού ασφαλιστηρίου "Alpha Υγεία για Όλους", η αντίστοιχη αίτηση ασφάλισης, οι ενυπόγραφες δηλώσεις του κύριου ασφαλισμένου, το υπ' αριθ. 504923-4 ομαδικό ασφαλιστήριο.

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

Εσείς/εσάς/σας: Ο κυρίως ασφαλισμένος ή/και τα ασφαλισμένα μέλη. Η χρήση ρήματος στο δεύτερο πρόσωπο υπονοεί πάντοτε ότι έχει προηγηθεί η λέξη "εσείς", έστω και αν αυτή δεν είναι γραμμένη.

Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο: Θεωρείται αποκλειστικά η Βιοϊατρική Α.Ε., καθώς και κάθε άλλο διαγνωστικό κέντρο ιδιοκτησίας της ή συνεργαζόμενο με αυτήν. Η Εταιρεία διατηρεί το δικαίωμα να αλλάξει το διαγνωστικό κέντρο με το οποίο είναι συμβεβλημένη ή/και να μεταβάλλει τις παροχές που συνδέονται με αυτό ή /και να μεταβάλλει τις διαδικασίες που προβλέπονται σχετικά με την παροχή που σχετίζεται με το διαγνωστικό κέντρο.

Επέτειος ασφάλισης: Η ημερομηνία κάθε έτους που ταυτίζεται με την ημερομηνία έναρξης ισχύος του ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισης ομαδικού ασφαλιστηρίου "Alpha Υγεία για Όλους".

Περίοδος Αναμονής: Ο αριθμός των συνεχών ημερών από την έναρξη ισχύος της ασφάλισης για τις οποίες εάν κατά τη διάρκειά τους επέλθει το ατύχημα ή η ασθένεια δεν σας καταβάλλουμε αποζημίωση βάσει του παρόντος.

Πιστωτική Κάρτα: Η πιστωτική κάρτα που συνδέεται με την ασφάλιση συμπεριλαμβανομένης κάθε πιστωτικής κάρτας που σύμφωνα με τους όρους της αποτελεί συνέχεια αυτής, εξαιρουμένων των τυχόν πρόσθετων καρτών.

Λογαριασμός: Ο λογαριασμός που συνδέεται με την ασφάλιση.

## Άρθρο 2: Ποιές είναι οι Παροχές της ασφάλισής σας


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

### 1. Κάλυψη Απώλειας Ζωής:


Σε περίπτωση απώλειας ζωής του κύριου ασφαλισμένου συνέπεια ατυχήματος ή ασθενείας καλυπτόμενης από τους Γενικούς Όρους, κατά τη διάρκεια ισχύος τους ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισης ομαδικού ασφαλιστηρίου "Alpha Υγεία για Όλους", αναλαμβάνουμε την υποχρέωση να καταβάλουμε στο δικαιούχο το ασφάλισμα που αναγράφεται στον πίνακα "Παροχές Προγράμματος" του παρόντος ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισής σας.

### 2. Εξωνοσοκομειακές Παροχές "Alpha Υγεία για Όλους" και "Alpha Υγεία για Όλους Παιδικό":

Αναλαμβάνουμε την κάλυψη του κόστους των παρακάτω ιατρικών υπηρεσιών συνέπεια ατυχήματος ή ασθένειας μέχρι των ορίων που αναγράφονται στον πίνακα "Παροχές Προγράμματος" του παρόντος ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισής σας.

 Η κάλυψη ενεργοποιείται μόνο εάν οι ιατρικές αυτές υπηρεσίες πραγματοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο στο Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο, σύμφωνα με τα όσα αναφέρονται στους παρόντες όρους ασφάλισης.

Οι καλυπτόμενες ιατρικές υπηρεσίες είναι οι εξής:

- Έχετε τη δυνατότητα διενέργειας Διαγνωστικών Εξετάσεων με παραπεμπτικό που εμπεριέχει γνωμάτευση θεράποντος ιατρού αντίστοιχης ειδικότητας, μέχρι του ανώτατου ετήσιου ορίου που αναγράφεται στον πίνακα "Παροχές Προγράμματος" του παρόντος ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισής σας:
  - Σε κάθε περίπτωση με ποσοστό έκπτωσης, το οποίο αναγράφεται στον πίνακα "Παροχές Προγράμματος" του παρόντος ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισής σας, επί του εκάστοτε ιδιωτικού τιμοκαταλόγου του Συμβεβλημένου Διαγνωστικού Κέντρου.
  - Επιπλέον, σε περίπτωση που προσκομίσετε έγκυρο παραπεμπτικό ηλεκτρονικής συνταγογράφησης του Δημόσιου Ασφαλιστικού Φορέα, καλύπτεσθε σύμφωνα με όσα αναγράφονται στον πίνακα "Παροχές Προγράμματος" του παρόντος ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισής σας στη βάση του ΕΚΠΥ (Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας) καθώς επίσης και του άρθρου 3, ΦΕΚ 2243/18-8-2014 (σελ. 27.995-28.065). Η παροχή αυτή ισχύει με την επιφύλαξη τυχόν αλλαγών στη συμφωνία μεταξύ Συμβεβλημένου Διαγνωστικού Κέντρου και Δημόσιου Ασφαλιστικού Φορέα, στην ισχύουσα διαδικασία αποζημίωσης και στα ισχύοντα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων του Δημόσιου Ασφαλιστικού Φορέα κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος. Η χρήση παραπεμπτικών ηλεκτρονικής συνταγογράφησης εφαρμόζεται όπου υπάρχει διαθέσιμο δίκτυο διαγνωστικών κέντρων ή/και ιατρών συμβεβλημένων με τον Δημόσιο Ασφαλιστικό Φορέα οι οποίοι αποδέχονται το παραπεμπτικό, τις αμοιβές, τις προβλεπόμενες τιμές διαγνωστικών εξετάσεων και έχουν διαθέσιμο πλαφόν από τον Δημόσιο Ασφαλιστικό Φορέα.
-  Σε περίπτωση οποιασδήποτε τροποποίησης των παραπάνω, διατηρούμε το δικαίωμα να τροποποιήσουμε τη σχετική κάλυψη ώστε να ενσωματώσει τις αλλαγές αυτές με έγκαιρη ενημέρωση προς εσάς σύμφωνα με τον τρόπο επικοινωνίας που έχει συμφωνηθεί.

Για δική σας διευκόλυνση, συμβουλευτείτε μας πριν από την πραγματοποίηση των Διαγνωστικών Εξετάσεων, προκειμένου να σας επιβεβαιώσουμε την ισχύ της σχετικής κάλυψης.

- Σε περίπτωση κατά την οποία οι εξετάσεις υπερβούν το ετήσιο ανώτατο όριο, θα επωφελείστε έκπτωσης με το ποσοστό που αναγράφεται στον πίνακα "Παροχές Προγράμματος" του παρόντος ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισής σας επί του εκάστοτε ιδιωτικού τιμοκαταλόγου του Συμβεβλημένου Διαγνωστικού Κέντρου.

- Έχετε τη δυνατότητα να προβείτε σε έναν (1) ετήσιο ιατρικό προληπτικό έλεγχο υγείας (check up) χωρίς καμία επιβάρυνσή σας. Οι εξετάσεις του ετήσιου προληπτικού ελέγχου διενεργούνται όλες μαζί στα διαγνωστικά υποκαταστήματα και στις κλινικές του Συμβεβλημένου Διαγνωστικού Κέντρου και είναι οι εξής: γενική αίματος, γενική ούρων, σάκχαρο, ουρία, ουρικό οξύ, χοληστερίνη, τριγλυκερίδια.
- Ειδικά για το πρόγραμμα "Alpha Υγεία για Όλους Παιδικό" σας παρέχουμε επιπλέον:
  - Μια δωρεάν επίσκεψη ετησίως στην ειδικότητα του παιδίατρου για την αξιολόγηση αποτελεσμάτων του ιατρικού προληπτικού ελέγχου υγείας καθώς και την παροχή αναγκαίων ιατρικών συμβουλών.
  - Έκπτωση 40% για ειδικά προγράμματα προληπτικού ελέγχου (check up) για παιδιά κι εφήβους διενεργούμενα αποκλειστικά στα διαγνωστικά υποκαταστήματα και τις κλινικές του Συμβεβλημένου Διαγνωστικού Κέντρου σύμφωνα με τα εξής:
    - Προληπτικός έλεγχος (check up) παχυσαρκίας για παιδιά (έως 16 ετών): γενική αίματος, γενική ούρων, ταχύτητα καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων, σάκχαρο, TSH, κρεατίνη, χοληστερίνη ολική, τριγλυκερίδια, SGOT, SGPT, σίδηρος, ηλεκτροκαρδιογράφημα και καρδιολογική εξέταση.
    - Προληπτικός έλεγχος διαβήτη για παιδιά και εφήβους: γενική αίματος, γενική ούρων, ταχύτητα καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων, σάκχαρο, ουρία, ουρικό οξύ χοληστερίνη, τριγλυκερίδια, HDL, LDL, SGOT, SGPT, γ-GT, ALP, σίδηρος, φεριπίνη, οφθαλμολογική εξέταση, ηλεκτροκαρδιογράφημα και καρδιολογική εξέταση. Η έκπτωση θα υπολογιστεί βάσει του τιμοκαταλόγου που έχουμε συμφωνήσει με το Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο.
- Σε περίπτωση που είστε ασφαλισμένος με το πρόγραμμα "Alpha Υγεία για Όλους Παιδικό" σας παρέχουμε έναν (1) ετήσιο προσχολικό έλεγχο διενεργούμενο στα διαγνωστικά υποκαταστήματα και στις κλινικές του Συμβεβλημένου Διαγνωστικού Κέντρου, ο οποίος περιλαμβάνει: εξέταση (και αξιολόγηση αποτελεσμάτων αν χρειαστεί) σε καρδιολόγο, παθολόγο και δερματολόγο σε προνομιακή τιμή που αναγράφεται στον πίνακα "Παροχές Προγράμματος" του παρόντος ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισής σας.
- Έχετε τη δυνατότητα απεριόριστων προγραμματισμένων επισκέψεων σε ιατρεία συνεργαζόμενων με το συμβεβλημένο διαγνωστικό κέντρο ιατρών με χρέωση ανά επίσκεψη που αναγράφεται στον πίνακα "Παροχές Προγράμματος" του παρόντος ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισής σας ανάλογα με το πρόγραμμα εξωνοσοκομειακών παροχών που έχετε επιλέξει.
  - Εάν τα συμπτώματα που παρουσιάζετε είναι τέτοιας σοβαρότητας, ώστε να μην είναι δυνατή η μετακίνησή σας, σας παρέχουμε τη δυνατότητα να σας επισκεφθεί ιατρός στο σπίτι με χρέωση ανά επίσκεψη που αναγράφεται στον πίνακα "Παροχές Προγράμματος" του παρόντος ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισής σας. Διευκρινίζεται ότι η υπηρεσία των κατ' οίκον ιατρικών επισκέψεων, παρέχεται μόνο στο λεκανοπέδιο Αττικής και για τις περιοχές που εξυπηρετούνται στη Θεσσαλονίκη και κατόπιν συνεννόησης με το τηλεφωνικό συντονιστικό κέντρο του Συμβεβλημένου Διαγνωστικού Κέντρου.
  - Ειδικά για το πρόγραμμα "Alpha Υγεία για Όλους" σας παρέχουμε τη δυνατότητα δωρεάν επισκέψεων σε ιατρούς των ειδικοτήτων Καρδιολόγου, Παθολόγου, Γενικού Χειρουργού και Ορθοπαιδικού, εφόσον υπάρχουν διαθέσιμοι, στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των κλινικών ιδιοκτησίας του Συμβεβλημένου Διαγνωστικού Κέντρου σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Πειραιά.
- Επωφελείστε έκπτωσης επί των οδοντιατρικών πράξεων που θα πραγματοποιήσετε στο Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο, το ποσοστό της οποίας αναγράφεται στον πίνακα "Παροχές Προγράμματος" του παρόντος ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισής σας. Η έκπτωση θα υπολογιστεί βάσει του τιμοκαταλόγου που έχουμε συμφωνήσει με το Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο.
- Έχετε τη δυνατότητα να κάνετε χρήση των υπηρεσιών του εξειδικευμένου τηλεφωνικού συντονιστικού κέντρου του Συμβεβλημένου Διαγνωστικού Κέντρου που λειτουργεί 24 ώρες το 24ωρο.
- Αναλαμβάνουμε τη λήψη αίματος από τον προσωπικό σας χώρο μόνο εντός λεκανοπεδίου Αττικής με χρέωση που αναγράφεται στον πίνακα 'Παροχές Προγράμματος' του παρόντος ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισής σας.

### Άρθρο 3: Έναρξη, Διάρκεια και Λήξη της Ασφάλισης

#### Έναρξη ισχύος ασφάλισης

Είναι η ημερομηνία έναρξης ισχύος της ασφάλισης που αναγράφεται στο παρόν ατομικό πιστοποιητικό ασφάλισης. Η ασφάλιση ισχύει εφόσον έχετε καταβάλει το ασφαλιστρο, σύμφωνα με τον τρόπο και τη συχνότητα που έχει συμφωνηθεί.



#### Περίοδος Αναμονής:

- **Κάλυψη απώλειας ζωής:** Δεν υπάρχει περίοδος αναμονής. Η κάλυψη ενεργοποιείται άμεσα από την ημερομηνία έναρξης της διάρκειας ασφάλισης που αναγράφεται στο παρόν ατομικό πιστοποιητικό ασφάλισης.
- **Εξωνοσοκομειακές παροχές:** Η κάλυψη ενεργοποιείται δυο (2) εργάσιμες ημέρες μετά την ημερομηνία χρέωσης του ασφαλιστρού στην κάρτα ή τον τραπεζικό λογαριασμό σας.

#### Διάρκεια ασφάλισης

Το χρονικό διάστημα που αναγράφεται στην πρώτη (1) σελίδα του παρόντος ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισης.

#### Ανανέωση ασφάλισης

Η ασφάλιση ανανεώνεται αυτόματα με την εμπρόθεση καταβολή του ασφαλιστρού της επόμενης ασφαλιστικής περιόδου, δηλαδή το αργότερο έως τη λήξη της ισχύουσας ασφαλιστικής σύμβασης. Το ίδιο ισχύει και για τις επόμενες ανανεώσεις. Τριάντα (30) ημέρες πριν τη λήξη της ασφάλισης έχετε τη δυνατότητα να μας ειδοποιήσετε εγγράφως ότι επιθυμείτε την ακύρωση του ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισης.

#### Όροι Ανανεωτηρίου

Κατά την ανανέωση του ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισής σας, συνεχίζουν να ισχύουν οι όροι του πρωτοεκδιδόμενου ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισης. Σε περίπτωση τροποποίησης των όρων θα σας ενημερώσουμε με τον τρόπο επικοινωνίας που έχει συμφωνηθεί.

#### Λήξη ισχύος ασφάλισης

Η κάλυψη των εξωνοσοκομειακών παροχών "Alpha Υγεία για Όλους" δεν ανανεώνεται μετά τη συμπλήρωση του 70ου έτους του ασφαλισμένου μέλους.

Το πρόγραμμα ασφάλισης δεν ανανεώνεται εάν:

- Δεν καταβάλετε το ασφαλιστρο σε εμάς στην προκαθορισμένη περίοδο.
- Ο κυρίως ασφαλισμένος συμπληρώσει το 75ο έτος της ηλικίας του.
- Καταγγείλουμε το ομαδικό ασφαλιστήριο "Alpha Υγεία για Όλους".
- Προβούμε σε αιτιολογημένη ακύρωση της ασφάλισης.
- Καταβάλλουμε την παροχή της κάλυψης απώλειας ζωής.

Σε κάθε περίπτωση που τα τυχόν ασφαλισμένα μέλη επιθυμούν τη συνέχιση της ασφάλισής τους, δίνουμε τη δυνατότητα αυτή κατόπιν σχετικής αίτησης με νέο ατομικό πιστοποιητικό ασφάλισης.

#### Άρθρο 4: Πληροφορίες σχετικά με το Ασφαλιστρο

##### • Ασφαλιστρο και Αναπροσαρμογές Ασφαλιστρού

Τα ασφαλιστρά σας καθορίζονται λαμβάνοντας υπόψη συγκεκριμένους παράγοντες τιμολόγησης όπως (ενδεικτικά και όχι περιοριστικά) η ηλικία σας, οι παροχές του προγράμματος, η επάρκεια των ασφαλιστρων 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 ανανέωση του ασφαλιστηρίου σας, αφού έχετε προηγουμένως ενημερωθεί για τη μεταβολή στα ασφαλιστρά του ασφαλιστηρίου σας.

##### • Συχνότητα και τρόπος πληρωμής του Ασφαλιστρού

Το ασφαλιστρο είναι ετήσιο, προκαταβάλλεται στην έναρξη κάθε περιόδου ασφάλισης, χρεώνεται αποκλειστικά στην κάρτα ή τον τραπεζικό λογαριασμό ανάλογα με τη συχνότητα που έχει επιλεγεί στην αίτηση ασφάλισης και συμπεριλαμβάνει όλες τις εκάστοτε ισχύουσες νόμιμες επιβαρύνσεις.

##### • Φόροι - Επιβαρύνσεις

Κάθε φόρος ή τέλος που έχει σχέση με το ασφαλιστρο ή το ασφαλισμα, ανεξάρτητα αν επιβάλλονται με νομικές διατάξεις που θεσπίστηκαν πριν ή μετά από την έκδοση του ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισης, επιβαρύνουν τον κυρίως ασφαλισμένο ή το δικαιούχο του ασφαλισματος ανά περίπτωση.

## Άρθρο 5: Τα Δικαιώματά σας

Έχετε δικαίωμα να υπαναχωρήσετε/εναντιωθείτε στη σύμβαση αποστέλλοντας επιστολή είτε στο κατάστημα της Τράπεζας του οποίου είστε πελάτης, είτε στην Εξυπηρέτηση Πελατών της AXA Ασφαλιστικής εντός ενός μηνός από την παράδοση του ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισης. Η αιτιολογημένη άσκηση του δικαιώματος της Υπαναχώρησης/Εναντίωσης επιφέρει την ακύρωση της ασφαλιστικής σύμβασης εξαρχής και το ατομικό πιστοποιητικό ασφάλισης δεν έχει ισχύ.

## Άρθρο 6: Οι υποχρεώσεις σας

- Πρέπει να μας καταβάλλετε το ασφάλιστρο όταν είναι πληρωτέο με τη συχνότητα που έχετε συμφωνήσει μαζί μας, και που αναγράφεται στο ατομικό πιστοποιητικό ασφάλισής σας ή στην τυχόν πρόσθετη πράξη αλλαγής συχνότητας πληρωμής ασφαλίστρου. Οι πληρωμές των ασφαλίστρων θα πρέπει να γίνονται σύμφωνα με το Άρθρο 4 του παρόντος, αλλιώς το ασφαλιστήριό σας θα ακυρώνεται.
- Κατά τη σύναψη της ασφάλισης υποχρεούστε να μας δηλώσετε κάθε στοιχείο, ή περιστατικό που γνωρίζετε, το οποίο είναι αντικειμενικά ουσιώδες για την εκτίμηση του κινδύνου, καθώς επίσης να απαντήσετε σε κάθε σχετική ερώτησή μας σύμφωνα με αυτά που ερωτώνται στην αίτηση ασφάλισης υγείας. 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 ατομικό πιστοποιητικό ασφάλισής σας σύμφωνα με όσα αναγράφονται στο Άρθρο 7 του παρόντος.
- 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 αποδείξουμε ότι έχουμε υποστεί λόγω παράβασης της υποχρέωσης ειδοποίησης-χορήγησης πληροφοριών, η οποία έγινε από πρόθεση.
- Έχετε την υποχρέωση να μας ενημερώνετε άμεσα για οποιαδήποτε μεταβολή επέρχεται στα στοιχεία επικοινωνίας που μας έχετε δηλώσει (ηλεκτρονική διεύθυνση, κινητό τηλέφωνο, διεύθυνση επικοινωνίας/αλληλογραφίας). 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 εμάς στην τελευταία γνωστή διεύθυνση επικοινωνίας (ταχυδρομική ή ηλεκτρονική) είναι έγκυρες.
- Για τη διενέργεια των διαγνωστικών εξετάσεων, ελέγχων και επισκέψεων ιατρών απαιτείται:

α. Η προηγούμενη επικοινωνία σας με το τηλεφωνικό συντονιστικό κέντρο του Συμβεβλημένου Διαγνωστικού Κέντρου προκειμένου να σας δοθούν οι κατάλληλες οδηγίες.

β. Το ατομικό πιστοποιητικό ασφάλισής σας να είναι σε ισχύ και να έχουν εξοφληθεί όλες οι οφειλόμενες δόσεις ασφαλίστρων.

γ. Οι εξετάσεις να έχουν συνταγογραφηθεί από ιατρό αντίστοιχης ειδικότητας, εκτός από τις περιπτώσεις του ετήσιου προληπτικού ελέγχου.

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 του παρόντος ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισης.

## Άρθρο 7: Τα δικαιώματα και η Ευθύνη μας

- Έχουμε το δικαίωμα να καταγγείλουμε την ισχύ του ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισής σας σε οποιαδήποτε από τις παρακάτω περιπτώσεις:



1. 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 για καταβολή του ασφαλίματος.
  2. Λόγω εκ μέρους σας παραπλάνησης ή απόπειρας παραπλάνησής μας, όσον αφορά στην αξίωσή 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) μήνα 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 ασφαλίματος.
- Εάν δεν τηρήσετε τις υποχρεώσεις σας σύμφωνα με το Άρθρο 6 του παρόντος, 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:
    1. Μην προβούμε στην καταβολή της αποζημίωσης.
    2. Τροποποιήσουμε τους όρους του ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισής σας σε οποιαδήποτε κάλυψη εμείς είμαστε διατεθειμένοι να παρέχουμε.
    3. Μην προβούμε στην ανανέωση του ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισής σας.
    4. Διακόψουμε την ισχύ αμέσως του ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισής σας.
  - Διατηρούμε το δικαίωμα να αλλάξουμε το Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο με το οποίο είμαστε συμβεβλημένοι ή/και να μεταβάλλουμε τις παροχές που συνδέονται με αυτό κατόπιν αντίστοιχης ενημέρωσης προς εσάς σύμφωνα με το Άρθρο 10 του παρόντος, 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 αναπροσαρμόσουμε το ασφάλιστρο ώστε να αντικατοπτρίζει οποιαδήποτε αλλαγή του φόρου ασφαλιστρών ή άλλων φόρων, με αντίστοιχη ενημέρωσή σας.
  - Διατηρούμε το δικαίωμα να αναπροσαρμόζουμε, κατά την ετήσια ανανέωση της ασφάλισης, 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, εφόσον διαθέτουμε παρόμοιο πρόγραμμα ασφάλισης, είμαστε υποχρεωμένοι να σας γνωστοποιήσουμε, σύμφωνα με το Άρθρο 10 του παρόντος, τους όρους, τις παροχές και τα ασφάλιστρα του παρόμοιου προγράμματος, προκειμένου να συνεχίσετε την ασφαλιστική σας κάλυψη με το αντίστοιχο πρόγραμμα.
  - Δεν φέρουμε καμία ευθύνη για τα παρακάτω:
    - την ποιότητα και την ορθότητα των ιατρικών πράξεων (διαγνωστικών εξετάσεων, ιατρικών επισκέψεων, ιατρικών συμβουλών κλπ.), που θα παρέχει σε εσάς το συμβεβλημένο διαγνωστικό κέντρο, ο συμβεβλημένος με αυτό ιατρός, το εξειδικευμένο τηλεφωνικό συντονιστικό κέντρο του Συμβεβλημένου Διαγνωστικού Κέντρου και το πάσης φύσεως προσωπικό αυτών, καθώς και για τυχόν πράξεις ή παραλείψεις αυτών.
    - τις τυχόν αλλαγές ή τροποποιήσεις που μπορεί να επέλθουν μετά την έναρξη ισχύος του παρόντος και θα αφορούν τη συνεργασία του Συμβεβλημένου Διαγνωστικού Κέντρου με το Δημόσιο Ασφαλιστικό Φορέα.
    - τις τυχόν αλλαγές ή τροποποιήσεις που μπορεί να επέλθουν μετά την έναρξη ισχύος του παρόντος και θα αφορούν τη συνεργασία του Συμβεβλημένου Διαγνωστικού Κέντρου με ιατρούς εκτός του δικτύου του.

#### Άρθρο 8: Οι Υποχρεώσεις μας

- Σας δίνουμε σαφείς οδηγίες όταν μας καλέσετε τηλεφωνικά για τις κατευθύνσεις που πρέπει να ακολουθήσετε για τις καλύψεις του ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισής σας.
- Αναλαμβάνουμε την καταβολή αποζημίωσης, αφού λάβουμε όλες τις αναγκαίες πληροφορίες, στοιχεία και έγγραφα, που σχετίζονται με τις περιστάσεις και τις συνέπειες της επέλευσης του κινδύνου.

## Άρθρο 9: Αιτήματα και Επικοινωνία προς Εμάς

Σε περίπτωση που θέλετε οποιαδήποτε πληροφόρηση για τις εξωνοσοκομειακές παροχές "Alpha Υγεία για Όλους" και "Alpha Υγεία για Όλους Παιδικό" ή θέλετε να κάνετε χρήση αυτών πρέπει να καλείτε στο τηλεφωνικό συντονιστικό κέντρο στο 14 501. Η χρέωσή του είναι 0,75 € από σταθερό και 1,26 € από κινητό το λεπτό (μη συμπεριλαμβανομένου Φ.Π.Α.).

Σε περίπτωση που επιθυμείτε να υποβάλλετε κάποιο αίτημα ή να γνωστοποιήσετε κάτι σε εμάς σχετικά με την παρούσα ασφάλιση μπορεί να απευθυνθείτε:

- Στο Κατάστημα της Τράπεζας του οποίου είστε πελάτης.
- Στο Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών της AXA Ασφαλιστικής, στα τηλέφωνα 801 111 222 333 (από σταθερό με αστική χρέωση) και 210 726 8000 (από σταθερό ή κινητό), 24 ώρες το 24ωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα.

Σε περίπτωση που επιθυμείτε να υποβάλλετε κάποιο παράπονο, μπορείτε να μας αποστείλετε το παράπονό σας μέσω:

- Συμπλήρωσης της φόρμας υποβολής παραπόνου, η οποία βρίσκεται στον ιστότοπο της AXA ([www.axa.gr](http://www.axa.gr)).
- Αποστολής e-mail στο [complaintsdepartment@axa.gr](mailto:complaintsdepartment@axa.gr), fax: +30 210 726 8850, ταχυδρομείου: προς το Τμήμα Παραπόνων AXA ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ, Μιχαλακοπούλου 48, 115 28 Αθήνα.

## Άρθρο 10: Ειδοποιήσεις/Γνωστοποιήσεις προς τον Κυρίως Ασφαλισμένο


Θα επικοινωνούμε μαζί σας σύμφωνα με έναν από τους παρακάτω τρόπους (Α ή Β) που έχουμε συμφωνήσει:

### A) Ηλεκτρονική επικοινωνία

Θα σας αποστέλλουμε οποιαδήποτε ειδοποίηση/γνωστοποίηση στη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail) που μας έχετε δηλώσει.

### B) Έγγραφο επικοινωνία

Θα σας αποστέλλουμε τις ειδοποιήσεις/γνωστοποιήσεις εγγράφως στην ταχυδρομική διεύθυνση που μας έχετε δηλώσει.

 Ως διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail) ή ταχυδρομική διεύθυνση, θεωρούνται τα τελευταία στοιχεία επικοινωνίας που μας δηλώσατε.

Οι ειδοποιήσεις/γνωστοποιήσεις αφορούν τουλάχιστον:

- Το πρώτο ατομικό πιστοποιητικό ασφάλισης και κάθε ετήσια ανανέωσή του, καθώς και τις αντίστοιχες ειδοποιήσεις εξόφλησης ασφαλιστρών ανάλογα με τη συχνότητα καταβολής ασφαλίστρου που έχετε επιλέξει.
- Τις τυχόν Πρόσθετες Πράξεις, όπως μετατροπές/τροποποιήσεις του προγράμματος, ακύρωση και λήξη της ασφάλισης.

## Άρθρο 11: Τι δεν καλύπτει το πρόγραμμα "Alpha Υγεία για Όλους"

1. Γενικές Εξαιρέσεις: Δεν καταβάλουμε ασφάλισμα για απώλεια ζωής, εάν κάποια από τις αιτίες αξίωσης καταβολής του οφείλεται σε: α) παθήσεις ή σωματικές αναπηρίες που προϋπήρχαν της έναρξης ισχύος του παρόντος πιστοποιητικού ασφάλισης, β) χρόνιο αλκοολισμό, κατάσταση μέθης ή χρήση ναρκωτικών ή τοξικών ουσιών ή παραισθησιογόνων ή ψυχοφαρμάκων ή φαρμάκων απεξάρτησης, γ) διανοητικές, νευροφυτικές, νευρικές και διπολικές διαταραχές, ψυχολογικές ή ψυχιατρικές παθήσεις, επιληψία, σπασμούς και απώλεια συνείδησης, δ) ακούσια ή εκούσια έκθεση του ασφαλισμένου σε ατομική, χημική ή βιοχημική ενέργεια ή ραδιενέργεια κατά τη διάρκεια πολέμου ή ειρήνης, ε) εμφύλιο πόλεμο, πόλεμο, εισβολή, ενέργεια ξένης δύναμης, εχθροπραξίες, επαναστάσεις, εξεγέρσεις, στάσεις, τρομοκρατικές ενέργειες στο μέτρο που ή συμμετέχετε στις καταστάσεις αυτές ή εκτίθεστε στις συνέπειές τους, στ) συμμετοχή σας σε παράνομες ενέργειες κακούργηματικού χαρακτήρα, ζ) σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) και τις επιπλοκές του, η) αυτοκτονία ή απόπειρα αυτοκτονίας ή πρόκληση εκούσιων σωματικών βλαβών ανεξάρτητα από τη διανοητική, ψυχική ή ψυχολογική κατάστασή σας.

2. Ειδικότερα για τις Εξωνοσοκομειακές Παροχές ισχύουν οι κάτωθι εξαιρέσεις: α) προϋπάρχουσες χρόνιες παθήσεις, β) κύηση και επιπλοκές της, γ) εξωσωματική γονιμοποίηση, στειρότητα και γονιμότητα, δ) διαγνωστικές εξετάσεις με την μέθοδο της μοριακής βιολογίας και κυτταρογεννετικής, ε) χρόνιος αλκοολισμός, κατάσταση μέθης ή χρήση ναρκωτικών ή τοξικών ουσιών ή παραισθησιογόνων ή ψυχοφαρμάκων ή φαρμάκων απεξάρτησης στ) διανοητικές, νευροφυτικές, νευρικές και διπολικές διαταραχές, ψυχολογικές ή ψυχιατρικές παθήσεις, επιληψία, σπασμούς και απώλεια συνείδησης, ζ) διαγνωστικές εξετάσεις που διενεργούνται αποκλειστικά και μόνο σε επίπεδο Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η) επαναλήψεις ενδο-οδοντικών θεραπειών, καθώς και ειδικές γναθοχειρουργικές επεμβάσεις (μεταμόσχευση οστού στην γνάθο για τοποθέτηση εμφυτευμάτων και εξαγωγές εγκλείστων που χρήζουν νοσοκομειακής αντιμετώπισης), θ) παραπεμπτικά διαγνωστικών εξετάσεων τα οποία παραπέμπουν σε προληπτικό έλεγχο, ι) σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) και τις επιπλοκές του, ια) φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων.

- Σε περίπτωση που η ανεύρεση συμβεβλημένου ιατρού για οποιοδήποτε λόγο δεν είναι αντικειμενικά δυνατή, τότε έχετε τη δυνατότητα να ενημερώνεστε σχετικά από το εξειδικευμένο τηλεφωνικό συντονιστικό κέντρο του Συμβεβλημένου Διαγνωστικού Κέντρου.
- Οι βασικές ειδικότητες ιατρών ανά περιοχή είναι: Παθολόγος, καρδιολόγος και ορθοπεδικός, ενώ οι λοιπές ειδικότητες ιατρών θα εξυπηρετούν ευρύτερες περιοχές της Αττικής και τις μεγάλες πόλεις της επικράτειας.
- Το Συμβεβλημένο Διαγνωστικό Κέντρο θα μας ενημερώνει για τη διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων.

#### Άρθρο 12: Υποκατάσταση

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

#### Άρθρο 13: Αρμοδιότητα Δικαστηρίων και Νόμισμα

Το εφαρμοστέο δίκαιο είναι το Ελληνικό για την επίλυση οποιασδήποτε διαφοράς προκύψει από την ερμηνεία και εκτέλεση του ατομικού πιστοποιητικού ασφάλισής σας. Συμφωνούνται και ορίζονται ως αποκλειστικά αρμόδια τα Δικαστήρια της Αθήνας. Κάθε χρηματικό ποσό που θα πληρώνουμε ή θα εισπράττουμε είναι στο νόμισμα της Ελληνικής Δημοκρατίας.

Ενημερωτικό Έντυπο Πληροφοριών (Άρθρο 4, Παρ. 3, Περίπτωση Δ. του Ν.Δ. 400/70, όπως ισχύει)

Η AXA ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ είναι Ανώνυμος Εταιρεία, με σκοπό: α) Ασφαλίσεις Ζωής και Ζημιών β) Αντασφαλίσεις Ζημιών, κράτος-μέλος καταγωγής της είναι η Ελλάδα και διεύθυνση Μιχαλακοπούλου 48, 115 28, Αθήνα, Τηλ; 210 726 8000, Fax: 210 726 8810. Ο φόρος ασφαλιστρών είναι 10% για τον κλάδο υγείας. Εντός εύλογου χρονικού διαστήματος τριάντα (30) ημερών, η Εταιρεία ή η Τράπεζα θα επιλαμβάνονται της διευθέτησης των εγγράφων παραπόνων, εφόσον υπάρχει σύμπτωση βουλήσεων. Η παρούσα ασφάλιση είναι χωρίς δικαίωμα εξαγοράς ή δανείου έναντι της αξίας εξαγοράς ή συμμετοχής στις υπεραποδόσεις των μαθηματικών αποθεμάτων της Εταιρείας. Το ασφαλιστρο περιλαμβάνει όλες τις νόμιμες επιβαρύνσεις (συμπεριλαμβανομένης της εισφοράς υπέρ του Εγγυητικού Κεφαλαίου Ζωής σύμφωνα με το Νόμο 3867/2010 και την Πράξη 2636/2010 της Τράπεζας της Ελλάδος).