

Κ Λ Α Δ Ο Σ Ο Μ Α Δ Ι Κ Ω Ν Α Σ Φ Α Λ Ι Σ Ε Ω Ν
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ: 2438

ΛΗΠΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΤΕΛΩΝΕΙΑΚΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ Ο.Τ.Υ.Ε.	ΚΩΔΙΚΟΣ	1150399
Α.Φ.Μ.	090392233	Δ.Ο.Υ.	Α' ΑΘΗΝΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ 4, 106 71 ΑΘΗΝΑ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	210 3641343
Ασφαλιζόμενοι	Οι αναγραφόμενοι στην επισυναπτόμενη κατάσταση Ασφαλιζόμενων καθώς και στις πρόσθετες πράξεις μεταβολών που εκδίδονται.		
Ημερομηνία Έναρξης Συμβολαίου	01/08/2009		
Ημερομηνία Έναρξης Ασφαλιστικής Περιόδου	01/01/2021	Ημερομηνία Λήξης Ασφαλιστικής Περιόδου	01/01/2022
Επέτειος Ανανέωσης	01/01/2022	Τρόπος Πληρωμής	ΜΗΝΙΑΙΟΣ

ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ: Χαλάνδρι, 19/01/2021

	Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής που ήρθε σε επαφή με τον πελάτη	Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής που συνδέεται συμβατικά με την Ευρωπαϊκή Πίστη	Συντονιστής Ασφαλιστικού Πράκτορα
Όνοματεπώνυμο ή Επωνυμία:	ΚΟΥΜΑΡΙΝΟΣ ΣΑΡΑΝΤΟΣ	ΚΟΥΜΑΡΙΝΟΣ ΣΑΡΑΝΤΟΣ	ΠΡΟΥΝΤΖΟΣ ΑΓΓΕΛΗΣ
Αρ.Ειδικού Μητρώου:	1460	1460	225
ΑΦΜ:	037667270	037667270	045556869
Κωδικός:	9481	9481	6990

Ο Λήπτης της Ασφάλισης ενημερώνεται ότι στο παρόν ασφαλιστήριο υπάρχουν οι ακόλουθες παρεκκλίσεις σε σχέση με την αίτηση ασφάλισης:

ΟΥΔΕΜΙΑ ΠΑΡΕΚΚΛΙΣΗ.

Οι παραπάνω παρεκκλίσεις θεωρούνται ότι έχουν την έγκριση του Λήπτη της Ασφάλισης από την αρχή, εκτός αν εναντιωθεί γραπτά εντός ενός (1) μηνός από την παραλαβή του ασφαλιστηρίου συμπληρώνοντας και αποστέλλοντας στην Εταιρία με συστημένη επιστολή το συνημμένο έντυπο υπόδειγμα (με αριθμό 1) Δήλωσης Εναντίωσης. Σε περίπτωση δε που δεν παραδόθηκαν στο Λήπτη της Ασφάλισης οι πληροφορίες που προβλέπονται από το Ν. 4364/16 κατά το χρόνο υποβολής της αίτησης για ασφάλιση, ή δεν έλαβε μαζί με το ασφαλιστήριο τους ασφαλιστικούς όρους (Γενικούς και Ειδικούς) που διέπουν την ασφαλιστική σύμβαση, τότε η ασφαλιστική σύμβαση θεωρείται ότι έχει συναφθεί με βάση το ασφαλιστήριο, τους ασφαλιστικούς όρους, καθώς και τις τυχόν επιπλέον πληροφορίες που προσδιορίζουν γενικά την συγκεκριμένη σύμβαση, εκτός αν ο Λήπτης της Ασφάλισης εναντιωθεί γραπτά εντός δεκατεσσάρων (14) ημερών από την παραλαβή του ασφαλιστηρίου συμπληρώνοντας και αποστέλλοντας στην Εταιρία με συστημένη επιστολή το συνημμένο έντυπο υπόδειγμα (με αριθμό 2) Δήλωσης Εναντίωσης.

Ο ΛΗΠΤΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ Α.Ε.Γ.Α.

ΧΑΛΚΙΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ.
Γ.Δ. ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΟΥ

ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΥ ΧΑΡΑ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΚΛΑΔΟΥ
ΟΜΑΔΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΚΛΑΔΟΣ ΟΜΑΔΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ: 2438

ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΑΛΥΨΕΩΝ – ΠΑΡΟΧΩΝ

Κωδ.	ΠΑΡΟΧΗ	Ασφαλισμένο Ποσό
001	ΒΑΣΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ	10.000 Ευρώ
003	ΘΑΝΑΤΟΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Σε συνδυασμό με τη Βασική Ασφάλιση Ζωής	10.000 Ευρώ 20.000 Ευρώ
004	ΜΟΝΙΜΗ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	10.000 Ευρώ
005	ΜΟΝΙΜΗ ΜΕΡΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ποσοστό των	10.000 Ευρώ
036	ΕΥΡΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΚΑΙ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ Ανώτατο ποσό παροχής κατ' άτομο ετησίως	50.000 Ευρώ
	Α. Νοσοκομειακή Περίθαλψη Όριο για Δωμάτιο και Τροφή ημερησίως - Σε όλα τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας Σε περίπτωση που ο Ασφαλιζόμενος νοσηλευθεί σε θέση ανώτερη της αναγραφόμενης, η απόδοση εξόδων μειώνεται κατά δέκα (10) εκατοστιαίες μονάδες, ανά ανώτερη θέση νοσηλείας. - Στο Εξωτερικό ή σε Μ.Ε.Θ. Απόδοση Εξόδων - Στα Ειδικά Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα Σε περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας καλύψει τουλάχιστον το 20% των δαπανών, τότε θα καταβάλλεται το 100% του υπολοίπου (διαφορά μεταξύ των αναγνωρισμένων εξόδων και των δαπανών που αποζημιώθηκαν από άλλον Φορέα) και μέχρι τα ανώτατα όρια της παροχής. Σε περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας δεν συμμετέχει στην δαπάνη ή καλύψει ποσοστό μικρότερο του 20% των δαπανών, τότε θα καταβάλλεται το 80% του υπολοίπου (διαφορά μεταξύ των αναγνωρισμένων εξόδων και των δαπανών που αποζημιώθηκαν από άλλον Φορέα) και μέχρι τα ανώτατα όρια της παροχής. - Στα Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα Σε περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας καλύψει τουλάχιστον το 30% των δαπανών, τότε θα καταβάλλεται το 100% του υπολοίπου (διαφορά μεταξύ των αναγνωρισμένων εξόδων και των δαπανών που αποζημιώθηκαν από άλλον Φορέα) και μέχρι τα ανώτατα όρια της παροχής. Σε περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας δεν συμμετέχει στην δαπάνη ή καλύψει ποσοστό μικρότερο του 30% των δαπανών, τότε θα καταβάλλεται το 70% του υπολοίπου (διαφορά μεταξύ των αναγνωρισμένων εξόδων και των δαπανών που αποζημιώθηκαν από άλλον Φορέα) και μέχρι τα ανώτατα όρια της παροχής.	Β' Θέση 500 Ευρώ 80% 70%

- Σε μη Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα

Σε περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας καλύψει τουλάχιστον το 50% των δαπανών, τότε θα καταβάλλεται το 100% του υπολοίπου (διαφορά μεταξύ των αναγνωρισμένων εξόδων και των δαπανών που αποζημιώθηκαν από άλλον Φορέα) και μέχρι τα ανώτατα όρια της παροχής.

Σε περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας δεν συμμετέχει στην δαπάνη ή καλύψει ποσοστό μικρότερο του 50% των δαπανών, τότε θα καταβάλλεται το 50% του υπολοίπου (διαφορά μεταξύ των αναγνωρισμένων εξόδων και των δαπανών που αποζημιώθηκαν από άλλον Φορέα) και μέχρι τα ανώτατα όρια της παροχής.

50%

B. Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη

Ανώτατο ποσό παροχής κατ' άτομο ετησίως

1.500

B₁) Καλύπτονται αποκλειστικά Ιατρικές Επισκέψεις – Ελεύθερη επιλογή γιατρού (Απολογιστική Κάλυψη Δαπανών)

Ποσό απαλλαγής κατ' άτομο ετησίως

110 Ευρώ

Ανώτατο όριο για κάθε Ιατρική Επίσκεψη

50 Ευρώ

Ανώτατος αριθμός ιατρικών επισκέψεων ετησίως ανά ασφαλισμένο

8

Απόδοση Εξόδων

75%

412 B₂) Ιατρικές Επισκέψεις – Διαγνωστικές Εξετάσεις στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης (Απευθείας Κάλυψη Δαπανών)

Τηλέφωνο συντονιστικού κέντρου

23130 84320

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

Ποσό απαλλαγής κατ' άτομο ετησίως

Ποσό συμμετοχής του ασφαλισμένου στην ιατρική επίσκεψη στο Ιατρείο

Σε περίπτωση ανικεμενικής αδυναμίας ανεύρεσης από το Συντονιστικό Κέντρο συμβεβλημένου ιατρού της ειδικότητας που αναζητά ο Ασφαλισμένος, θα έχει την δυνατότητα να επισκεφθεί ιατρό εκτός του ΣΔΠΠ και στη συνέχεια θα υποβάλει τα σχετικά δικαιολογητικά για αποζημίωση (απολογιστικά) από την Εταιρία σύμφωνα με τα προβλεπόμενα για απολογιστική κάλυψη Εξωνοσοκομειακών Δαπανών, παράγρ. Β1 Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη της παροχής 036. Ευρεία Νοσοκομειακή και Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη από ατύχημα ή ασθένεια. Σημειώνεται ότι αυτή η ιατρική επίσκεψη δεν θα προσμετράται για τον υπολογισμό του ανωτάτου αριθμού ιατρικών επισκέψεων ανά Ασφαλιζόμενο.

Ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου στο κόστος των διαγνωστικών εξετάσεων

30%

Εάν οι ασφαλισμένοι προσκομίσουν έγκυρο παραπεμπτικό ηλεκτρονικής συνταγογράφησης του Κύριου Ασφαλιστικού Φορέα δεν συμμετέχουν στις δαπάνες των αναφερομένων εξετάσεων.

020 ΠΑΡΟΧΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

Επίδομα Φυσιολογικού Τοκετού

900 Ευρώ

Επίδομα Καισαρικής Τομής

900 Ευρώ

Επίδομα Αποβολής

500 Ευρώ

009 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

Ποσό ημερήσιου επιδόματος

Ημέρα προσμέτρησης παροχής

Ανώτατο όριο παραμονής

Το επίδομα καταβάλλεται μόνο στην περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας καταβάλει όλα τα έξοδα νοσηλείας.

80 Ευρώ
1^η ημέρα νοσηλείας
90 ημέρες

010 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Ποσό ημερήσιου επιδόματος
Ημέρα προσμέτρησης παροχής
Ανώτατο όριο παραμονής
Το επίδομα καταβάλλεται μόνο στην περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας καταβάλει όλα τα έξοδα νοσηλείας.

80 Ευρώ
1^η ημέρα νοσηλείας
90 ημέρες

037 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Καταβαλλόμενο ποσό:
(Βάσει πίνακα κατάταξης χειρουργικών επεμβάσεων)

Ποσοστό των 2.000
Ευρώ

Το επίδομα καταβάλλεται μόνο στην περίπτωση που άλλος ασφαλιστικός φορέας καταβάλει όλα τα έξοδα νοσηλείας.

ΛΗΠΤΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ Α.Ε.Γ.Α.

ΚΛΑΔΟΣ ΟΜΑΔΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ: 2438

ΕΙΔΙΚΟΙ ΟΡΟΙ – ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Ρητά συμφωνείται ότι:

- Η διάρκεια του συμβολαίου ορίζεται αόριστη, τουλάχιστον δεκαετής.
- Προϋπάρχουσες παθήσεις ή καταστάσεις καλύπτονται μετά την πάροδο έξι (6) μηνών από την υπαγωγή στην ασφάλιση με την προϋπόθεση ότι αυτές δηλώθηκαν από τον Ασφαλιζόμενο στην Αίτηση Συμμετοχής στην ασφάλιση και έγιναν αποδεκτές από την εταιρία.
- Τα εξαρτώμενα μέλη καλύπτονται αποκλειστικά από τις παροχές: Ευρεία Νοσοκομειακή και Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη από Ατύχημα ή Ασθένεια, Παροχή Μητρότητας, Νοσοκομειακό Επίδομα από Ατύχημα ή Ασθένεια και Χειρουργικό Επίδομα από Ατύχημα ή Ασθένεια.
- Η Ασφαλιστική Εταιρία αποζημιώνει το ποσό του Φ.Π.Α. που επιβάλλεται στις δαπάνες νοσηλείας (εξαιρουμένων των αμοιβών ιατρών) σε όλα τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα (συμβεβλημένα και μη).
- Όλες οι παροχές ισχύουν για όλο το 24ωρο στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.
- Οι αναφερόμενοι Ειδικοί Όροι είναι ισχυρότεροι των Γενικών Όρων του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου.
- Ανώτατο όριο ευθύνης σε περίπτωση ομαδικού ατυχήματος: 1.000.000 ευρώ
- Το κόστος της ασφάλισης κυρίως Ασφαλιζομένων και των εξαρτωμένων μελών τους επιβαρύνει τους κυρίως Ασφαλιζόμενους.
- Τα Μικτά Μηνιαία Ασφάλιστρα ορίζονται ως ακολούθως :

Κυρίως Ασφαλιζόμενος	€	26,50
Κυρίως Ασφαλιζόμενος και ένα Εξαρτώμενο Μέλος	€	48,50
Κυρίως Ασφαλιζόμενος και δυο Εξαρτώμενα Μέλη και άνω	€	72,50

ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΕΙΣ

Τα καθαρά ασφάλιστρα των παροχών Βασική Ασφάλιση Ζωής, Θάνατος από Ατύχημα και Μόνιμη Ολική / Μερική Ανικανότητα από Ατύχημα, επιβαρύνονται με Εισφορά Εγγυητικού κεφαλαίου 0,75%.

Τα καθαρά ασφάλιστρα όλων των παροχών πλην της παροχής Βασική Ασφάλιση Ζωή επιβαρύνονται με Φόρο Ασφαλίσεων 15%.

Ρητά συμφωνείται ότι τα ασφάλιστρα θα καταβάλλονται σε 12 μηνιαίες δόσεις, με κατάθεση σε Τραπεζικό Λογαριασμό που διατηρεί η Εταιρία στην Τράπεζα Πειραιώς, το αργότερο εντός 30 ημερών από την ημερομηνία που αυτά είναι απαιτητά.

Ο ΛΗΠΤΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ Α.Ε.Γ.Α.