

**Προσφορά Ομαδικής Ασφάλισης.**

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΑ ΠΟΣΑ (€)

|                                                                                                                                                                                            |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΖΩΗΣ</b>                                                                                                                                                                    |            |
| Ασφαλιζόμενο κεφάλαιο κατ' άτομο                                                                                                                                                           | 10.000,00  |
| <b>2. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ &amp; ΜΟΝΙΜΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ από ατύχημα</b>                                                                                                                          |            |
| • Θάνατος από ατύχημα                                                                                                                                                                      | 10.000,00  |
| • Μόνιμη Ολική Ανικανότητα                                                                                                                                                                 | 10.000,00  |
| • Μόνιμη Μερική Ανικανότητα                                                                                                                                                                | 10.000,00  |
| <b>3. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΥΡΕΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ &amp; ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ</b>                                                                                                                 |            |
| Ανώτατο καταβαλλόμενο ποσό ετησίως ανά ασφαλιζόμενο                                                                                                                                        | 10.000,00  |
| <b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>                                                                                                                                                              |            |
| ✓ <b>Ημερήσια Νοσήλια:</b> Καλύπτεται «θέση νοσηλείας»                                                                                                                                     | B (2κλινο) |
| Για κάλυψη στο Εξωτερικό ή στη Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης ανώτατο καταβαλλόμενο ημερήσιο ποσό, μέχρι                                                                                  | 800,00     |
| Εάν επιλεγεί θέση νοσηλείας ανώτερη από την αναγραφόμενη, η απόδοση των εξόδων μειώνεται κατά 10% για κάθε ανώτερη θέση.                                                                   |            |
| ✓ <b>Νοσοκομειακές Δαπάνες:</b> Παρέχεται κάλυψη αναγνωρισμένων εξόδων της «θέσης νοσηλείας»                                                                                               |            |
| ✓ <b>Χειρουργικές επεμβάσεις που δεν χρήζουν νοσηλείας</b>                                                                                                                                 |            |
| <b>Απόδοση Εξόδων (συμμετοχή INTERAMΕΡΙΚΑΝ):</b>                                                                                                                                           |            |
| <b>Σε Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα Αθήνας - Θεσσαλονίκης (απευθείας κάλυψη εξόδων) και</b>                                                                                            |            |
| <b>Σε οποιοδήποτε άλλο Νοσηλευτικό Ίδρυμα εκτός Αθήνας Θεσσαλονίκης και στο εξωτερικό (απολογιστική κάλυψη εξόδων)</b>                                                                     |            |
| Εφόσον έχει καλυφθεί το (ποσοστό %)                                                                                                                                                        | 20 %       |
| Καλύπτεται το (ποσοστό %)                                                                                                                                                                  | 100 %      |
| Σε περίπτωση που δεν έχει καλυφθεί το (ποσοστό %)                                                                                                                                          | 20 %       |
| Καλύπτεται το (ποσοστό %)                                                                                                                                                                  | 80 %       |
| <b>Σε μη Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα Αθήνας - Θεσσαλονίκης (απολογιστική κάλυψη εξόδων)</b>                                                                                          |            |
| Εφόσον έχει καλυφθεί το (ποσοστό %)                                                                                                                                                        | 20 %       |
| Καλύπτεται το                                                                                                                                                                              | 100 %      |
| Σε περίπτωση που δεν έχει καλυφθεί το (ποσοστό %)                                                                                                                                          | 20 %       |
| Καλύπτεται το                                                                                                                                                                              | 80 %       |
| ✓ <b>Αμοιβή Χειρουργού &amp; Αναισθησιολόγου</b>                                                                                                                                           |            |
| Καταβάλλεται ποσό, βάσει Πίνακα Χειρουργικών Επεμβάσεων, ανάλογα με τη σπουδαιότητα της επέμβασης.                                                                                         |            |
| Σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης στο εξωτερικό, το προαναφερόμενο ποσό διπλασιάζεται. Εάν προσκομισθεί απόδειξη, καταβάλλεται το 100% μέχρι το προβλεπόμενο κατά περίπτωση ανώτατο όριο |            |
| Εάν δεν προσκομισθεί απόδειξη, καταβάλλεται το 70% του αντίστοιχου ανώτατου ορίου                                                                                                          |            |
| <b>ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>                                                                                                                                                           |            |
| Ετήσιο «απαλλασσόμενο ποσό» ανά ασφαλιζόμενο για δαπάνες εκτός νοσοκομείου                                                                                                                 | 50,00      |
| <b>Εργαστηριακές Διαγνωστικές Εξετάσεις και Ιατρικές Επισκέψεις-πράξεις σε γιατρό ή δίκτυο επιλογής του ασφαλισμένου και Φάρμακα (Απολογιστική κάλυψη)</b>                                 |            |
| Ανώτατο καταβαλλόμενο ποσό ετησίως ανά ασφαλισμένο για Ιατρικές Επισκέψεις-πράξεις, Φάρμακα και Εργαστηριακές Διαγνωστικές Εξετάσεις σε γιατρό ή δίκτυο επιλογής του ασφαλισμένου          | 800,00     |
| Ιατρικές επισκέψεις, ανώτατο καταβαλλόμενο ποσό για κάθε επίσκεψη                                                                                                                          | 50,00      |
| Ανώτατος αριθμός επισκέψεων ετησίως ανά άτομο                                                                                                                                              | Χωρίς όριο |
| <b>Απόδοση Εξόδων (συμμετοχή INTERAMΕΡΙΚΑΝ):</b>                                                                                                                                           |            |
| Χωρίς συμμετοχή άλλου Φορέα Ασφάλισης                                                                                                                                                      | 80 %       |

ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΑ ΠΟΣΑ (€)

|                                                                                                       |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Με συμμετοχή άλλου Φορέα Ασφάλισης, εφόσον έχει καλυφθεί το                                           | 20 %      |
| Καλύπτεται το                                                                                         | 100 %     |
| Τα παραπάνω ποσά καλύπτονται σαν επιμέρους δαπάνες και συμπεριλαμβάνονται στο ανώτατο ετήσιο όριο των | 10.000,00 |

## ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ – ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ

### ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΙΣΧΥΟΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ:

Η διάρκεια της σύμβασης είναι αορίστου χρόνου.

**Ασφαλιζόμενη Ομάδα:** Πρωτοασφαλιζόμενη.

Για όλο το πρόγραμμα παροχών, παρέχεται κάλυψη 24ωρη, μέσα και έξω από το χώρο της εργασίας και σε οποιοδήποτε μέρος του κόσμου.

Σημειώνεται ότι απαιτείται η συμπλήρωση των ειδικών εντύπων «ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ» και «ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ» πριν από την έναρξη ασφάλισης κάθε μέλους.

Για την υλοποίηση της ομαδικής ασφάλισης απαιτείται αφενός η συμμετοχή του 75% του συνόλου των εγγεγραμμένων μελών σας και αφετέρου η ύπαρξη συγκροτημένου φορέα (Ταμείου), μέσω του οποίου θα καταβάλλονται τα αναλογούντα ασφάλιστρα και θα αποδίδονται στους δικαιούχους οι αντίστοιχες αποζημιώσεις.

Απαραίτητη προϋπόθεση θεωρείται η προσκόμιση των απαραίτητων στοιχείων (Όνομ/μο, πλήρη ημ/νια γέννησης, Α.Φ.Μ., Δ.Ο.Υ. και μισθός όπου απαιτείται) σε ηλεκτρονική μορφή.

### ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ:

Τα μέλη καλύπτονται μέχρι το 70ο έτος της ηλικίας τους.

### ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ:

Με την παροχή «ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΥΡΕΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ & ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ» είναι δυνατόν να ασφαλιστούν και τα μέλη οικογενείας του ασφαλιζομένου.

Σαν Εξαρτώμενα Μέλη Οικογενείας θεωρούνται : α) ο/η σύζυγος έως 70 ετών και β) τα τέκνα που συνοικούν με τον ασφαλιζόμενο, είναι άγαμα, οικονομικώς εξαρτώμενα απ' αυτόν, δεν έχουν εισοδήματα από ίδια επαγγελματική απασχόληση και έχουν ηλικία μεγαλύτερη των τριάντα (30) ημερών και μικρότερη των είκοσι πέντε (25) ετών.

Διευκρινίζεται ότι για την κάλυψη των μελών οικογενείας, απαιτείται η συμπλήρωση και η υπογραφή εκ μέρους του κυρίως ασφαλιζομένου των εντύπων «ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΤΑΞΗΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ» και «ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ».

Το μικτό ασφάλιστρο για την κάλυψη των εξαρτωμένων μελών ορίζεται πιο κάτω:

#### ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΥΡΕΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ & ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

|                            | <u>ΜΗΝΙΑΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟ (€)</u> | <u>ΕΤΗΣΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟ (€)</u> |
|----------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Για ένα μέλος οικογένειας  | 12,56                         | 150,72                       |
| Για δύο ή περισσότερα μέλη | 25,12                         | 301,44                       |

### ΚΑΛΥΨΕΙΣ ΥΠΟ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ:

Καλύπτονται οι προγενέστερες ασθένειες ή ατυχήματα μετά την παρέλευση δώδεκα (12) τουλάχιστον συνεχών μηνών από την ημερομηνία έναρξης ισχύος της ασφάλισης τους.

Καλύπτονται οι συγγενείς παθήσεις αποκλειστικά και μόνον του αναπνευστικού, πεπτικού, γεννητικού και ουροποιητικού συστήματος, εκτός της κυστικής ίνωσης, των πολυκυστικών νεφρών και της οικογενούς πολυποδίασης, μετά την παρέλευση δώδεκα (12) τουλάχιστον συνεχών μηνών από την ημερομηνία έναρξης ισχύος της ασφάλισης τους, υπό την προϋπόθεση ότι αυτές δεν ήταν γνωστές στον ασφαλιζόμενο κατά το χρόνο της αίτησης προς ασφάλιση.

Κάθε φόρος ή τέλος που έχει σχέση με το Ασφαλιστήριο και τις βάσει αυτού δοσοληψίες (όπως φόροι, τέλη ή άλλα δικαιώματα υπέρ τρίτων και λοιπά), βαρύνουν τον Συμβαλλόμενο ή τον Ασφαλιζόμενο ή τον Δικαιούχο ανάλογα με την περίπτωση, ανεξάρτητα αν επιβάλλονται με διατάξεις που θεσπίστηκαν πριν ή μετά από την έκδοση του Ασφαλιστηρίου.

Σε περιπτώσεις δαπανών παροχής υπηρεσιών νοσοκομειακής και ιατρικής περίθαλψης στα Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα, ο Φόρος Προστιθέμενης Αξίας (Φ.Π.Α.), ο οποίος αναλογεί στο ασφάλισμα που καταβάλλεται από την INTERAMERIKAN, βαρύνει αποκλειστικά και μόνο την INTERAMERIKAN, υπό την προϋπόθεση ότι ο ανωτέρω φόρος δεν υπερβαίνει το ποσοστό του 13%.

Το ανώτατο όριο ευθύνης της Εταιρίας σε περίπτωση ομαδικού ατυχήματος για όλους τους παθόντες, ανεξάρτητα από το προσάρτημα από το οποίο καλύπτονται, ανέρχεται στο ποσό των € 6.000.000,00 για κάθε περιστατικό.

Ως ομαδικό ατύχημα νοείται το ατύχημα στο οποίο εμπλέκονται τουλάχιστον 3 άτομα.

Κατά την έναρξη ισχύος του ασφαλιστηρίου, τα ασφάλιστρα του σχετικού πίνακα θα παραμείνουν τα ίδια, εφ' όσον τα στοιχεία υπολογισμού (ηλικία, μισθοί, φύλο, σχέση αποζημιώσεων προς ασφάλιστρα, κλπ) της ημερομηνίας εκείνης, συμφωνούν με τα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό τους.

**Σημειώνεται ότι στα Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα, καλύπτεται το 24% του Φόρου Προστιθέμενης Αξίας αντί του 13% που αναγράφεται στις σημειώσεις της πρότασής μας.**

Η προσφορά αυτή ισχύει για δύο μήνες από την ημερομηνία έκδοσής της.

## ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

(συνεχής ενημέρωση στο [www.interamerican.gr](http://www.interamerican.gr))

Προκειμένου να απαλλαγεί ο ασφαλισμένος από το βάρος της εκταμίευσης σημαντικών χρηματικών ποσών για την κάλυψη των αναγκών μίας νοσηλείας στα παρακάτω αναφερόμενα συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα, η INTERAMERICAN αναλαμβάνει την πληρωμή του προβλεπόμενου από το ασφαλιστήριο ποσού **απευθείας** στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα, και ο ασφαλισμένος καταβάλλει μόνο το ποσό της συμμετοχής που του αναλογεί.

| ΑΘΗΝΑ                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ΑΘΗΝΑΪΚΗ MEDICLINIC</b><br>Δορυλαίου 24, Πλατεία Μαβίλη<br>Τηλ.: 210 647 5000                                                                                               | <b>ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ</b><br>Εθνάρχου Μακαρίου 60, Περιστέρι<br>Τηλ.: 210 579 9000                                                                                              |
| <b>ΕΥΓΕΝΙΔΕΙΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ</b><br>Παπαδιαμαντοπούλου 20, Ιλίσια<br>Τηλ.: 210 720 8100                                                                                          | <b>ΙΑΤΡΙΚΟ ΨΥΧΙΚΟΥ</b><br>Άντερσεν 1, Ψυχικό<br>Τηλ.: 210 697 4000 - 120                                                                                                         |
| <b>ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ</b><br>Αθανασιάδου 9, Αθήνα<br>Τηλ.: 210 641 6600                                                                                                        | <b>ΜΗΤΕΡΑ ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ</b><br>(καλύπτονται όλα τα περιστατικά, εκτός από παιδιατρικά και τοκετοί)<br>Ερυθρού Σταυρού 6, Μαρούσι<br>Τηλ.: 210 686 9000                          |
| <b>ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ</b><br>Λεμεσού 39-41 & Αχαρνών 209, Αθήνα<br>Τηλ.: 210 869 1900                                                                                          | <b>ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ</b><br>Διστόμου 5 -7, Μαρούσι<br>Τηλ.: 210 619 8100                                                                                                 |
| <b>ΙΑΣΩ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική</b><br>(καλύπτονται όλα τα γυναικολογικά περιστατικά, εκτός από τον τοκετό)<br>Λεωφ. Κηφισίας 37-39, Μαρούσι<br>Τηλ.: 210 618 4000 | <b>ΡΕΑ Γυναικολογική και Γενική Κλινική</b><br>(καλύπτονται όλα τα περιστατικά, εκτός από τους τοκετούς)<br>Λεωφ. Συγγρού 383 & Πεντέλης 17, Παλαιό Φάληρο<br>Τηλ.: 210 949 5000 |
| <b>ΙΑΣΩ Παιδιατρική Κλινική</b><br>Λεωφ. Κηφισίας 37-39, Μαρούσι<br>Τηλ.: 210 618 3000                                                                                         | <b>ΥΓΕΙΑ</b><br>Λ. Κηφισίας & Ερυθρού Σταυρού 4, Μαρούσι<br>Τηλ.: 210 686 7000                                                                                                   |
| <b>ΙΑΣΩ GENERAL</b><br>Μεσογείων 264, Χολαργός<br>Τηλ.: 210 6502000                                                                                                            | <b>ΩΝΑΣΕΙΟ</b><br>Λ. Συγγρού 356, Καλλιθέα<br>Τηλ. 210 949 3000                                                                                                                  |
| <b>ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ</b><br>Διστόμου 5-7, Μαρούσι<br>Τηλ.: 210 619 8100 - 120                                                                                              | <b>MEDITERRANEO HOSPITAL</b><br>Διαγνωστική και Νοσηλευτική Κλινική Δραγίνη ΑΕ<br>Ηλείας 8-12, Γλυφάδα<br>Τηλ.: 210 911 7000                                                     |
| <b>ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΑΛΑΙΟΥ ΦΑΛΗΡΟΥ</b><br>Άρεως 36, Παλαιό Φάληρο<br>Τηλ.: 210 989 2100                                                                                                | <b>METROPOLITAN</b><br>Εθνάρχου Μακαρίου & Ελ. Βενιζέλου 1, Ν. Φάληρο<br>Τηλ.: 210 480 9000                                                                                      |

| ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ                                                                                          |                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ΑΓ. ΛΟΥΚΑΣ ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ</b><br>Πανόραμα Θεσσαλονίκης<br>Τηλ 2310 380000                         | <b>ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ</b><br>Ασκληπιείου 10, Θεσσαλονίκη<br>Τηλ.: 2310 400 000 |
| <b>ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ</b><br>Μητροπόλεως 86<br>Τηλ.: 2310 372600                              | <b>ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ</b><br>Βιζύης 1, Θεσσαλονίκη<br>Τηλ.: 2310 966100           |
| <b>ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ</b><br>Μαρίας Κάλλας 11 & Γραβιάς 2, Θεσσαλονίκη<br>Τηλ.: 2310 895100 |                                                                                               |

| ΠΑΤΡΑ                                                                                                   | ΛΑΡΙΣΑ                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ΟΛΥΜΠΙΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ</b><br>Βόλου & Μειλίκου, Κάτω Συχαινά, Πάτρα<br>Τηλ.: 2610 464000, 2611 100600 | <b>ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ</b><br>(καλύπτονται όλα τα περιστατικά, εκτός από τον τοκετό)<br>8ο χλμ. Παλαιάς Ε.Ο. Λάρισας – Αθηνών, Λάρισα<br>Τηλ.: 2410 555450 |

| ΗΡΑΚΛΕΙΟ                                                                    | ΧΑΝΙΑ                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ</b><br>Ζωγράφου 8, Ηράκλειο<br>Τηλ.: 2810 246140       | <b>ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΑΒΡΙΛΑΚΗ</b><br>Μάρκου Μπότσαρη 76-78, Χανιά<br>Τηλ.: 28210 70800  |
| <b>ΜΗΤΕΡΑ ΚΡΗΤΗΣ</b><br>Αρχ. Μακαρίου & Σοφ. Βενιζέλου<br>Τηλ.: 2810 396700 | <b>ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΧΑΝΙΩΝ</b><br>Νικηφόρου Φωκά 3, 73132 Χανιά<br>Τηλ: 28210 52688 |
| <b>CRETA INTERCLINIC</b><br>Μίνωος 63, Ηράκλειο<br>Τηλ.: 2810 373800        |                                                                                       |

| ΧΙΟΣ                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ΚΛΙΝΙΚΗ «ΕΛΕΥΘΩ» - ΑΡΓΥΡΟΥΔΗ</b><br>Γ. Βερίτη 49, Βαρβάσι, Χίος<br>Τηλ.: 22710 29777, 22710 29888 και 22710 43888 |