



Η υγεία σας, προτεραιότητά μας

**Διεθνής Ασφάλεια Υγείας**



Ελληνικά + English



Ατομικό Συμβόλαιο Υγείας | **Core Plan**

[www.akdinsurance.eu](http://www.akdinsurance.eu)

**2023**

Λεκτικό Συμβολαίου

Καλώς ήρθατε!

WELCOME

Καλώς ήρθατε! Σας ευχαριστούμε για το ενδιαφέρον σας για την DCare International Medical Insurance η οποία προσφέρεται από την AKD Insurance με έδρα την οδό Ραφαήλ Σάντι, 1ος Όροφος 101, 6052 Λάρνακα, Κύπρος. Η ασφάλιση παρέχεται από την HDI Global Specialty SE, εγγεγραμμένη στη Γερμανία με έδρα HDI-Platz 1, 30659 Αννόβερο.

Το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο έχει ως στόχο να σας παρέχει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με το πρόγραμμα ασφάλισης. Μην διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μας εάν χρειάζεστε περαιτέρω διευκρινίσεις ή έχετε ερωτήσεις σχετικά τις παροχές του συμβολαίου.

Με μεγάλη μας χαρά θα σας εξυπηρετήσουμε παρέχοντας σας την πολύτιμη αυτή ιατρική κάλυψη.

Welcome and Thank You for your interest in DCare International Medical Insurance from AKD Insurance, 5 Rafael Santi, 1st Floor Office 101, 6052 Larnaca, Cyprus and insured by HDI Global Specialty SE, registered in Germany at a local Court of Hannover under company number HRB 211924 with its registered office at HDI-Platz 1, 30659 Hannover.

The Policy is intended to provide you with details of the insurance plan. Do not hesitate to contact us should you require further clarification or have questions concerning the benefits.

We look forward to providing you with this valuable medical insurance protection and servicing you.

**ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΗΣΤΕ ΜΑΖΙ ΜΑΣ 24 ΩΡΕΣ ΤΟ 24ΩΡΟ, 7 ΗΜΕΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ**

**ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗ, ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ:**  
Τηλ: +357 24 636 300 | +302 313 084 328 | Φαξ: +302 310 808 099 | Email: dcare@healthwatch.gr

#### Ερωτήματα πελατών

**AKD Insurance**  
Ραφαήλ Σάντι 5, 1<sup>ος</sup> Όροφος Γραφείο 101, 6052 Λάρνακα, Κύπρος  
Τηλ: +357 24 822 622 | Φαξ: +357 24 822 623 | Email: dcare@akdinsurance.eu

Η AKD Insurance είναι η εμπορική επωνυμία που ανήκει και/ή χρησιμοποιείται για τις εργασίες της A.K Demetriou Insurance Agents, Sub-Agents & Consultants Ltd και της A.K. Demetriou Insurance Brokers Ltd

**REACH US 24 HOURS A DAY, 7 DAYS A WEEK**

**PRE-AUTHORIZATION, CLAIMS SERVICES & OTHER MEDICAL INSURANCE ASSISTANCE:**  
Tel: +357 24 636 300 | +302 313 084 328 | Fax: +302 310 808 099 | Email: dcare@healthwatch.gr

#### Customer Enquiries

**AKD Insurance**  
5, Rafael Santi, 1<sup>st</sup> Floor Office 101, 6052 Larnaca, Cyprus  
Tel: +357 24 822 622 | Fax: +357 24 822 623 | Email: dcare@akdinsurance.eu

AKD Insurance is a trading name that is owned and/or used for the operations of A.K Demetriou Insurance Agents, Sub-Agents & Consultants Ltd and A.K. Demetriou Insurance Brokers Ltd

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1. ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΟΧΩΝ	5
2. ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	21
3. ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΤΗΤΑ	21
4. ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ, ΑΚΥΡΩΣΗ, ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	23
5. ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ	27
6. ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΠΑΡΟΧΟΥ	29
7. ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	29
8. ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΙΣ: ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ, ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ	29
9. ΓΕΝΙΚΟΙ ΟΡΟΙ	33
10. ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	35
11. ΟΡΙΣΜΟΙ	39

## TABLE OF CONTENTS

1. SCHEDULE OF BENEFITS	6
2. GENERAL PROVISIONS	22
3. ELIGIBILITY	22
4. PREMIUM, CANCELLATION, COOLING OFF, AND POLICY PROVISIONS	24
5. PRE-AUTHORIZATION REQUIREMENTS AND EMERGENCY SERVICES	28
6. PROVIDER ACCESS	30
7. SPORTS AND OTHER ACTIVITIES	30
8. CLAIMS: HOW TO FILE A CLAIM, CLAIMS STATUS, AND COMPLAINTS PROCEDURE	30
9. GENERAL POLICY CONDITIONS	34
10. EXCLUSIONS AND LIMITATIONS	36
11. DEFINITIONS	40

## 1. ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΟΧΩΝ

### ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

#### ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΛΥΨΗΣ

Παρακαλούμε όπως ανατρέξετε στο Πιστοποιητικό Κάλυψης για την περιοχική κάλυψη που περιλαμβάνεται στο παρόν πρόγραμμα.

Περιοχή 1: Παγκόσμια Κάλυψη συμπεριλαμβανομένων των Ηνωμένων Πολιτειών (μέγιστη συνεχής διαμονή στις Ηνωμένες Πολιτείες τρεις μήνες)

Τι καλύπτει το πρόγραμμα για τις Ηνωμένες Πολιτείες:

Ο Ασφαλιστής διατηρεί ένα δίκτυο προτιμώμενων παρόχων υπηρεσιών. Όταν χρησιμοποιείται πάροχος εντός δικτύου, οι παροχές αποζημιώνονται στο 100%. Όταν χρησιμοποιείται πάροχος εκτός δικτύου, οι παροχές αποζημιώνονται στο 80%,

ή

Περιοχή 2: Παγκόσμια Κάλυψη εξαιρουμένων των Ηνωμένων Πολιτειών.

**Επείγουσα Περίθαλψη εκτός Περιοχής Κάλυψης:** Κάλυψη για Επείγον Ιατρικό Περιστατικό εκτός περιοχής κάλυψης παρέχεται για περίοδο 30 ημερών από την είσοδο του Ασφαλισμένου.

### ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΔΙΑΜΟΙΡΑΣΜΟΥ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

<b>Νόμισμα</b>	€ (EURO)
<b>Μέγιστο Ετήσιο Οριο Παροχών ανά άτομο (με συνδυασμό όλων των κατηγοριών)</b>	€1.500.000
<b>Ετήσια Απαλλαγή</b> Το ποσό επιτρεπόμενων χρεώσεων που καταβάλλει κάθε Ασφαλισμένος σε ετήσια βάση προτού το πρόγραμμα καταβάλει παροχές.	Όπως αναγράφεται στο Πιστοποιητικό Ασφάλισης
<b>Χρηματικές Καταβολές*</b> Το πρόγραμμα καταβάλλει παροχές σύμφωνα με την μέγιστη κάλυψη.	100%

#### Άλλες χρεώσεις που θα πρέπει να πληρώσετε\*\*

Εκτός από το μερίδιο κόστους Συνασφάλισης, είστε υπεύθυνοι να πληρώσετε για χρεώσεις που υπερβαίνουν τις μέγιστες καλύψεις, την απαλλαγή και επιβαρύνσεις που υπερβαίνουν τις μέγιστες ετήσιες παροχές του συμβολαίου σας, τυχόν χρεώσεις που προκύπτουν κατά την περίοδο αναμονής και οποιεσδήποτε άλλες χρεώσεις δεν καλύπτονται από το πρόγραμμα.

## 1. SCHEDULE OF BENEFITS

### PLAN CONDITIONS

#### Area of Coverage

Refer to the Certificate of Coverage for the Area of Coverage included under this Policy.

Area 1: Worldwide Coverage including the United States (maximum continuous stay of three months in the United States).

What the Plan pays in the United States:

The Insurer maintains a Preferred Provider Network. When an In-Network provider is used, benefits are paid at 100%. When an Out-of-Network provider is used, benefits are reimbursed at 80%,

OR

Area 2: Worldwide Coverage excluding the United States.

**Emergency Treatment Outside Area of Coverage:** Coverage for a Medical Emergency Outside the Area of Coverage is provided for a period of 30 days from entry by the Insured Person.

### COST-SHARING OBLIGATIONS UNDER THE PLAN

<b>Currency</b>	€ (EURO)
<b>Maximum annual benefit per person (all sections combined)</b>	€1.500.000
<b>Annual Deductible</b> This is the amount of Allowable Charges each Insured pays on an annual basis before the plan pays benefits.	As stated on your Certificate of Insurance
<b>Plan Pays*</b> The Plan pays benefits at the Allowable Charge.	100%

#### Other Items You Are Responsible to Pay\*\*

In addition to the Coinsurance cost share, you are responsible to pay for charges exceeding the Allowable Charge, any Deductible and charges exceeding the Annual Maximum Benefit, charges incurred within a Waiting Period, and any other charges deemed not covered under the plan.

**ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

Διαμονή (ιδιωτικό δωμάτιο) και γεύματα, συμπεριλαμβανομένων:	Το πρόγραμμα πληρώνει*	Εσείς πληρώνετε**
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Νοσηλευτική φροντίδα</li> <li>• Αμοιβή Ιατρού ή Ειδικού για ενδονοσοκομειακή γνωμάτευση</li> <li>• Φάρμακα και επιθέματα</li> <li>• Μονάδα ΜΕΘ και Μονάδα Στεφανιαίας Φροντίδας</li> <li>• Εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις</li> <li>• Ιατρικές συσκευές &amp; προσθετικά</li> </ul>	100%	0%

**Περιγραφή Παροχής**

Ιδιωτικό δωμάτιο και διατροφή, ειδικές διατροφικές απαιτήσεις και γενική νοσηλευτική φροντίδα.

Παρέχεται επίσης θεραπεία στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ή στη Μονάδα Στεφανιαίας Φροντίδας, εάν είναι το καταλληλότερο μέρος για θεραπεία του Ασφαλισμένου, εάν η παρεχόμενη φροντίδα αποτελεί ουσιαστικό μέρος της θεραπείας του Ασφαλισμένου και εάν η παρεχόμενη φροντίδα απαιτείται συνήθως από ασθενείς που υποφέρουν από τον ίδιο τύπο ασθένειας ή τραυματισμού, ή λαμβάνουν τον ίδιο τύπο θεραπείας.

Θα πληρώσουμε το κόστος εάν:

- Η θεραπεία είναι ιατρικά απαραίτητη για το Ασφαλισμένο πρόσωπο που θα νοσηλευτεί ενδονοσοκομειακά ή θα λάβει ημερήσια φροντίδα
- Η παραμονή στο νοσοκομείο είναι σύμφωνα με το ιατρικά κατάλληλο χρονικό διάστημα, και
- Η θεραπεία παρέχεται από γενικό Ιατρό ή Ειδικό

Ο νοσοκομειακός περιορισμός κυρίως για σκοπούς λήψης μη οξείας, μακροχρόνιας κατ' οίκον νοσηλείας, φροντίδας ανάπαυλας, παροχής φροντίδας χρόνιας πάθησης ή παροχή βοήθειας σε δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης (ADL), δεν αποζημιώνονται από το πρόγραμμα.

Διαμονή Γονέων	Το πρόγραμμα πληρώνει*	Εσείς πληρώνετε**
	100%	0%

**Περιγραφή Παροχής**

Παροχή για διανυκτέρευση στο νοσοκομείο για το γονέα του νοσηλευόμενου Ασφαλισμένου εξαρτώμενου μέλους κάτω των 16 ετών. Καλύπτεται επιπλέον το κόστος των γευμάτων του γονέα.

**Χρηματικό επίδομα ανά διανυκτέρευση**

Μέγιστη ετήσια παροχή: 15 μέρες

**Το πρόγραμμα πληρώνει\***

€100 / ανά ημέρα

**Περιγραφή Παροχής**

Παροχή σε μετρητά, πληρωτέα για κάθε διανυκτέρευση του Ασφαλισμένου σε οποιοδήποτε νοσοκομείο που αποτελεί μέρος του συστήματος υγείας και όπου η απαιτούμενη θεραπεία λαμβάνεται από τον ασφαλισμένο χωρίς χρηματική επιβάρυνση.

**IN-PATIENT TREATMENT AND DAY-CARE TREATMENT**

Accommodation (private room) and meals, including	Plan Pays*	You Pay**
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nursing care</li> <li>• In-patient consultation by a Physician or Specialists fee</li> <li>• Medicines and drugs</li> <li>• ICU and coronary care unit</li> <li>• Laboratory, and diagnostic tests</li> <li>• Medical appliances &amp; prosthetics.</li> </ul>	100%	0%

**Benefit Description**

Benefits are provided for private room and board, special diets, and general nursing care.

Benefits are also provided for treatment in the Intensive Care or Coronary Care Unit if it is the most appropriate place for the Insured to be treated, the care provided is an essential part of the Insured's treatment, and the care provided is routinely required by patients suffering from the same type of illness or injury, or receiving the same type of treatment.

We will pay costs if:

- Treatment is Medically Necessary for the Insured Person to be treated on an In-patient or Day Care basis,
- The stay in the Hospital is for a medically appropriate period of time, and
- The treatment received is provided or managed by a Physician or Specialist

In-patient hospital confinements primarily for purposes of receiving non-acute, long-term Custodial Care, Respite Care, maintenance of a Chronic condition, or assistance with Activities of Daily Living (ADL), are not eligible expenses.

Parent Accommodation	Plan Pays*	You Pay**
	100%	0%

**Benefit Description**

Benefits are provided for overnight hospital accommodation for the parent of a hospitalized insured Dependent under the age of 16. The cost of meals for the parent will also be covered.

**Cash benefit per night**

Annual Maximum Benefit: 15 days

**Plan Pays\***

€100 / day

**Benefit Description**

Benefits are provided for a cash payment payable for each night spent in any hospital that is free of charge and part of the health system where eligible treatment, covered under this Policy, is received by an Insured but no service charge is incurred.



**ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ (ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ / ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ)**

Ενδοноσοκομειακά ή εξωνοσοκομειακά	Το πρόγραμμα πληρώνει*	Εσείς πληρώνετε**
	100%	0%
Χειρουργείο/Υπηρεσίες χειρουργού και αναισθησιολόγου	Το πρόγραμμα πληρώνει*	Εσείς πληρώνετε**
	100%	0%

**Περιγραφή Παροχής**

Παροχή για καλυπτόμενες χειρουργικές υπηρεσίες που λαμβάνονται σε Νοσοκομείο, Εξωτερικά Ιατρεία, Ιδιωτικό Ιατρείο ή άλλη εγκεκριμένη ιατρική εγκατάσταση. Οι χειρουργικές υπηρεσίες περιλαμβάνουν: χρήση χειρουργείου και αίθουσας ανάνηψης, εγχειρητικές κοπτικές διαδικασίες, θεραπεία καταγμάτων και εξαρθρώσεων, χειρουργικούς επιδέσμους και άλλες ιατρικά απαραίτητες υπηρεσίες.

**ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ**

Μονάδα Επειγόντων Περιστατικών, Επείγουσες Ιατρικές Υπηρεσίες	Το πρόγραμμα πληρώνει*	Εσείς πληρώνετε**
	100%	0%
Κόστος Επίγειου Ασθενοφόρου (Εγχώριο)	Το πρόγραμμα πληρώνει*	Εσείς πληρώνετε**
Επίγειο Ασθενοφόρο (στο πλησιέστερο νοσοκομείο)	100%	0%

**Περιγραφή Παροχής**

Παροχή για τις ιατρικά απαραίτητες τοπικές υπηρεσίες ασθενοφόρου με σκοπό τη μεταφορά του Ασφαλισμένου: από τον τόπο ενός ατυχήματος ή τραυματισμού σε νοσοκομείο, από το ένα νοσοκομείο στο άλλο ή από το σπίτι του Ασφαλισμένου σε νοσοκομείο.

Επείγουσα Οδοντιατρική Θεραπεία στις πρώτες 48 ώρες μετά το ατύχημα	Το πρόγραμμα πληρώνει*	Εσείς πληρώνετε**
Μέγιστη Ετήσια Παροχή: €250	100%	0%
Επείγουσα Οδοντιατρική Θεραπεία που προκύπτει μετά τις 48 ώρες από το ατύχημα	Το πρόγραμμα πληρώνει*	Εσείς πληρώνετε**
Μέγιστη Ετήσια Παροχή: €100	100%	0%

**Περιγραφή Παροχής**

Θεραπεία μετά από εξωστοματικό ατύχημα, για άμεση ανακούφιση από τον πόνο. Θα πληρώσουμε μέχρι το ποσό που υποδεικνύεται για τη θεραπεία που απαιτείται ως αποτέλεσμα εξωστοματικής πρόσκρουσης σε υγιή, φυσικά δόντια μετά από ατύχημα/τραυματισμό, για την άμεση ανακούφιση από τον πόνο που υφίσταται ο Ασφαλισμένος, ως άμεσο αποτέλεσμα ατυχήματος που συνέβη κατά την περίοδο ασφάλισης. Η ζημία στα δόντια που προκαλείται από το μάσημα των τροφών ή από πονόδοντο, δεν χαρακτηρίζεται ως επείγουσα κατάσταση.

**SURGICAL BENEFITS (IN-PATIENT/OUT-PATIENT)**

In-patient or Out-patient	Plan Pays*	You Pay**
	100%	0%
Surgery/Surgeon and Anesthesiology Services	Plan Pays*	You Pay**
	100%	0%

**Benefit Description**

Benefits are provided for covered surgical services received in a Hospital, Out-patient facility, Physician's office or other approved facility. Surgical services include: use of operation room and recovery room, operative and cutting procedures, treatment of fractures and dislocations, surgical dressings, and other Medically Necessary services.

**EMERGENCY SERVICES**

Emergency room, Emergency medical services	Plan Pays*	You Pay**
	100%	0%
Road ambulance costs (Local)	Plan Pays*	You Pay**
Ground ambulance (to the nearest hospital).	100%	0%

**Benefit Description**

Benefits are provided for Medically Necessary Local Ambulance Services to transport the Insured: from the scene of an Accident or Injury to a hospital, from one hospital to another, or from the Insured's home to a hospital.

Emergency dental treatment in the first 48 hours after the Accident	Plan Pays*	You Pay**
• Annual Maximum Benefit: €250	100%	0%
Emergency dental treatment occurring more than 48 hours after the Accident	Plan Pays*	You Pay**
Annual Maximum Benefit: €100	100%	0%

**Benefit Description**

Treatment after an extraoral accident, for immediate pain relief. We will pay up to the amount shown for treatment necessary as a result of an extraoral impact to sound, natural teeth following an accident/injury for the immediate relief of pain the Insured Person suffers as the direct result of an Accident occurring during the period of insurance. Damage to teeth caused by chewing foods or a toothache, does not qualify as an emergency.

**ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ – ανεξαρτήτως εάν ακολουθήσει / δεν ακολουθήσει ενδονοσοκομειακή θεραπεία**

Συμβουλές και θεραπεία από Ιατρό ή Ειδικό	Δεν Καλύπτονται	
---	-----------------	--

Συνταγογραφούμενα φάρμακα, επίδεσμοι και ανθεκτικός ιατρικός εξοπλισμός • Μέγιστη Ετήσια Παροχή: €400	<b>Το πρόγραμμα πληρώνει*</b> 100%	<b>Εσείς πληρώνετε**</b> 0%
--	---------------------------------------	--------------------------------

**Περιγραφή Παροχής**

Τα συνταγογραφούμενα φάρμακα είναι τα φάρμακα που συνταγογραφούνται από τον ιατρό και τα οποία δεν θα ήταν διαθέσιμα χωρίς συνταγή. Μόνο μια συνταγή μπορεί να καλυφθεί εντός 90 ημερών ανά πάσα στιγμή και απαιτείται η χρήση γενόσημων φαρμάκων, όπου είναι εύλογα διαθέσιμα. Οι επίδεσμοι και ο ανθεκτικός ιατρικός εξοπλισμός πρέπει να συνταγογραφούνται από γιατρό. Ο ανθεκτικός ιατρικός εξοπλισμός απαιτεί προέγκριση.

<b>Εξωνοσοκομειακός διαγνωστικός έλεγχος ασθενούς και προηγμένη ιατρική απεικόνιση</b>	<b>Το πρόγραμμα πληρώνει*</b> 100%	<b>Εσείς πληρώνετε**</b> 0%
--	---------------------------------------	--------------------------------

- Ηχοκαρδιογράφημα, υπερηχογράφημα, ενδοσκόπηση (π.χ. γαστροσκόπηση, κολonosκόπηση, κυστεοσκόπηση), ακτινογραφίες και εργαστηριακές εξετάσεις
- Μαγνητική Τομογραφία - MRI, Αξονική Τομογραφία CT, Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων - PET και άλλες διαδικασίες βιολογικής απεικόνισης
- Ετήσια μέγιστη παροχή: €500

<b>Εξωνοσοκομειακές επισκέψεις και φυσιοθεραπεία 90 ημέρες πριν και μετά την επέμβαση</b>	<b>Το πρόγραμμα πληρώνει*</b> 100%	<b>Εσείς πληρώνετε**</b> 0%
---	---------------------------------------	--------------------------------

- Ετήσια μέγιστη παροχή: €400

**Περιγραφή Παροχής**

Καλύπτονται επισκέψεις σε εξωτερικούς ασθενείς και φυσιοθεραπεία, όταν αυτές λαμβάνονται 90 ημέρες πριν από την εισαγωγή ή την ημερήσια νοσηλεία για καλυπτόμενη χειρουργική επέμβαση και έως 90 ημέρες μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο.

**Εναλλακτική Ιατρική Θεραπεία**

Χειροπρακτική, οστεοπαθητική, βελονισμός, ομοιοπαθητική ή Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική

Δεν Καλύπτονται

<b>Φυσιοθεραπεία</b>	<b>Το πρόγραμμα πληρώνει*</b> 100%	<b>Εσείς πληρώνετε**</b> 0%
----------------------	---------------------------------------	--------------------------------

- Ετήσια Μέγιστη Παροχή: €300, μέχρι €30 ανά επίσκεψη, με μέγιστο 10 επισκέψεις.

**Περιγραφή Παροχής**

Παροχή για Ιατρικά Απαραίτητες υπηρεσίες φυσιοθεραπείας που παρέχονται σε Ασφαλισμένο. Οι υπηρεσίες πρέπει να είναι σύμφωνες με το γραπτό πλάνο θεραπείας του Ιατρού, το οποίο περιέχει βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους. Οι υπηρεσίες πρέπει να επιφέρουν σημαντική βελτίωση στην κατάσταση του Ασφαλισμένου σε εύλογο χρονικό διάστημα και είναι επαρκούς επιπέδου πολυπλοκότητας και εξειδίκευσης, καθώς και η κατάσταση του ασθενούς πρέπει να είναι τέτοια ώστε η απαιτούμενη θεραπεία να μπορεί να πραγματοποιηθεί με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα και να είναι απαραίτητη για την πρακτική εφαρμογή ενός αποτελεσματικού προγράμματος συντήρησης.

<b>Φυσική Αποκατάσταση (Ενδονοσοκομειακά μόνο)</b>	<b>Το πρόγραμμα πληρώνει*</b> 100%	<b>Εσείς πληρώνετε**</b> 0%
--	---------------------------------------	--------------------------------

- Μέγιστη ετήσια παροχή: 30 μέρες

**Περιγραφή Παροχής**

Φυσική αποκατάσταση σε κέντρο αποκατάστασης υπό την προϋπόθεση ότι η αποκατάσταση ακολουθεί αμέσως μετά από ενδονοσοκομειακή περίθαλψη (δηλαδή εντός 15 ημερών από την έξοδο από το Νοσοκομείο) που καλύπτεται από το παρόν πρόγραμμα στο μέγιστο που αναφέρεται παραπάνω. Η παροχή πρέπει να είναι προεγκεκριμένη με τη συνοδευτική ιατρική τεκμηρίωση από τον ειδικό και να περιγράφει το επιδιωκόμενο πρόγραμμα θεραπείας.

<b>Νοσηλευτική Κατ'Οίκου</b>	<b>Το πρόγραμμα πληρώνει*</b> 100%	<b>Εσείς πληρώνετε**</b> 0%
------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

- Μέγιστη Ετήσια Παροχή: €100 ανά επίσκεψη, με μέγιστο τις 20 ημέρες.

**Περιγραφή Παροχής**

Τα έξοδα για την κατ' οίκου νοσηλεία καταβάλλονται στο μέγιστο υπό την προϋπόθεση ότι η κατ' οίκου νοσηλεία είναι:

- απαραίτητη για την αντικατάσταση της νοσηλευτικής νοσηλείας,
- ακολουθεί αμέσως την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη που καλύπτεται από το παρόν ασφαλιστήριο,
- συνταγογραφείται από Ειδικό για ιατρικούς λόγους,
- υπό την καθοδήγηση ειδικού,
- εκτελείται από πλήρως καταρτισμένη νοσοκόμα,
- δεν σχετίζεται με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό ή τη φροντίδα της μητρότητας.

**OUT-PATIENT TREATMENT – whether followed by In-patient treatment or not:**

• Medical practitioner and Specialist consultations & treatment	Not Covered	
---	-------------	--

• Prescribed medications, dressings and Durable Medical Equipment • Annual Maximum Benefit: €400	<b>Plan Pays*</b> 100%	<b>You Pay**</b> 0%
---	---------------------------	------------------------

**Benefit Description**

Prescription medications refer to medications which are prescribed by the physician and which would not be available without such prescription. Only a 90-day supply of a prescription may be filled at any one time and use of generic medications is required, where they are reasonably available. Dressings and Durable Medical Equipment must be prescribed by a physician. Durable Medical Equipment requires pre-authorization.

<b>Out-patient diagnostic testing and advanced medical imaging</b>	<b>Plan Pays*</b> 100%	<b>You Pay**</b> 0%
--	---------------------------	------------------------

- Echocardiography, ultrasound, endoscopy (e.g. gastroscopy, colonoscopy, cystoscopy), X-Rays, and Laboratory
- MRI, CT, PET, and other biological imaging procedures
- Annual Maximum Benefit: €500

<b>Out-patient consultations and physiotherapy 90 days pre and post-surgery</b>	<b>Plan Pays*</b> 100%	<b>You Pay**</b> 0%
---	---------------------------	------------------------

- Annual Maximum Benefit: €400

**Benefit Description**

Benefits are provided for Out-patient consultations and physiotherapy when received for a period of 90 days prior to in-patient or day-patient admission for covered surgery and up to 90 days after leaving the Hospital.

**Alternative medical treatment**

Chiropractic, osteopathy, acupuncture, homeopathy or Traditional Chinese Medicine.

Not Covered

<b>Physiotherapy</b>	<b>Plan Pays*</b> 100%	<b>You Pay**</b> 0%
----------------------	---------------------------	------------------------

- Annual Maximum Benefit: €300, up to 30 per visit, to a maximum of 10 visits

**Benefit Description**

Benefits are provided for Medically Necessary physiotherapy services rendered to an Insured Person. Services must be pursuant to a Physician's written treatment plan, which contains short-term and long-term goals. The services must either; produce significant improvement in the Insured's condition in a reasonable period of time, and be of such a level of complexity and sophistication and the condition of the patient must be such that the required therapy can be safely and effectively performed, and be necessary to the establishment of an effective maintenance program.

<b>Physical rehabilitation (In-patient treatment only)</b>	<b>Plan Pays*</b> 100%	<b>You Pay**</b> 0%
--	---------------------------	------------------------

- Annual Maximum Benefit: 30 days

**Benefit Description**

Physical rehabilitation in a Rehabilitation Centre on condition that the rehabilitation immediately follows In-patient treatment (i.e. within 15 days of discharge from the Hospital) covered by this Policy to the maximum shown above. Benefits must be Pre-Authorized with supporting medical documentation from the Specialist describing the intended treatment plan.

<b>Home nursing</b>	<b>Plan Pays*</b> 100%	<b>You Pay**</b> 0%
---------------------	---------------------------	------------------------

- Annual Maximum Benefit: €100 per visit, and a maximum of 20 days

**Benefit Description**

The costs for nursing at home shall be paid to the maximum shown above on the condition that the home nursing is:

- necessary to replace hospital nursing,
- immediately follows In-patient treatment covered by the Policy,
- prescribed by a Specialist for medical reasons as distinct from domestic reasons,
- under the direction of a Specialist,
- performed by a fully qualified nurse,
- not related to pregnancy, childbirth or maternity care.

Προληπτική Φροντίδα	Το πρόγραμμα πληρώνει*	Εσείς πληρώνετε**
<ul style="list-style-type: none"> <li>Μέγιστη Ετήσια Παροχή: €150 (με 12μηνη περίοδο αναμονής) (Δεν εφαρμόζεται το ποσό απαλλαγής)</li> </ul>	100%	0%
<b>Περιγραφή Παροχής</b> Η παροχή περιλαμβάνει: <ul style="list-style-type: none"> <li>Κόστος για έλεγχο υγείας (check up) ανδρών, γυναικών και παιδιών ανά περίοδο ασφάλισης το οποίο δύναται να περιλαμβάνει ένα επίχρισμα τραχήλου της μήτρας, μαστογραφία, προσυμπτωματικό έλεγχο καρκίνου, καρδιαγγειακή εξέταση, νευρολογική εξέταση, υπερηχογράφημα μαστού, εξετάσεις αίματος και τεστ ζωτικών σημείων, συμπεριλαμβανομένης, για παράδειγμα, της αρτηριακής πίεσης, ή εξετάσεις χοληστερόλης ή ηπατικής λειτουργίας.</li> <li>Κόστος για έλεγχο όρασης (1 έλεγχος ανά περίοδο ασφάλισης).</li> <li>Κόστος για έλεγχο ακοής (1 έλεγχος ανά περίοδο ασφάλισης).</li> </ul>		

### ΆΛΛΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ: ΕΞΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ/ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Φροντίδα Καρκίνου	Το πρόγραμμα πληρώνει*	Εσείς πληρώνετε**
	100%	0%
Μετά από τη διάγνωση του καρκίνου, καλύπτεται το κόστος της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων της ακτινοθεραπείας, της χημειοθεραπείας, της ογκολογίας, της πρόσθετης συμβουλευτικής γνωμάτευσης, των διαγνωστικών εξετάσεων που σχετίζονται με Χημειοθεραπεία και Ακτινοθεραπεία, των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, των μεταμοσχεύσεων βλαστοκυττάρων είτε από αίμα είτε από μυελό των οστών, των επιδέσμων, του ανθεκτικού ιατρικού εξοπλισμού και της επανορθωτικής χειρουργικής. Κόστος για περούκες που μπορεί να καλυφθεί είναι έως και €150 για τη μέγιστη διάρκεια ζωής.		
<b>Χρόνιες Καταστάσεις</b> Συμπεριλαμβάνονται ιατρικές γνωματεύσεις, θεραπεία, φάρμακα και νοσοκομειακό κόστος. <b>Ενδονοσοκομειακός Ασθενής</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Μέγιστη Ετήσια Κάλυψη: €15.000</li> </ul> <b>Εξωνοσοκομειακός Ασθενής</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Μέγιστη Ετήσια Κάλυψη: Δεν Καλύπτεται</li> </ul>	100%	0%
<b>Περιγραφή Παροχής</b> Παροχή για ιατρικές γνωματεύσεις, θεραπεία, φάρμακα και νοσοκομειακό κόστος. Τα έξοδα που αφορούν τη θεραπεία Χρόνιων Ασθενειών υπόκεινται στις αναφερόμενες ετήσιες μέγιστες παροχές για Χρόνιες Ασθένειες. <b>Οι παροχές της παρούσας ενότητας δεν καλύπτουν καμία χρόνια κατάσταση που είχε διαγνωστεί και προϋπήρχε έως και 24 μήνες πριν από την Ημερομηνία Έναρξης του προγράμματος.</b>		

Μεταμόσχευση Οργάνων	Το πρόγραμμα πληρώνει*	Εσείς πληρώνετε**
	100%	0%
<b>Περιγραφή Παροχής</b> Παροχή για μεταμοσχεύσεις Νεφρού, Ήπατος, Καρδιάς, Πνεύμονα ή Καρδιάς και Πνεύμονα όταν ο Ασφαλισμένος είναι ο λήπτης και όχι ο δότης οργάνων. Η θεραπεία πρέπει να παρέχεται από αναγνωρισμένο ίδρυμα από την αρμόδια κρατική αρχή, για αυτές τις θεραπείες.		
<b>Ψυχιατρική Φροντίδα - Εξωνοσοκομειακή</b> Δεν Καλύπτεται		
<b>Ψυχιατρική Φροντίδα - Ενδονοσοκομειακή</b> Μέγιστη Ετήσια Παροχή: 30 ημέρες (εφαρμόζεται 12μηνη περίοδος αναμονής)	100%	0%
<b>Περιγραφή Παροχής</b> Ιατρικά έξοδα που προκύπτουν αναγκαστικά και εύλογα σε σχέση με την ψυχιατρική θεραπεία του Ασφαλισμένου μέχρι την ετήσια μέγιστη παροχή είτε με την ιδιότητα του εσωτερικού ασθενούς, είτε της ημερήσιας φροντίδας ή είτε ως εξωτερικός ασθενής. Για τη θεραπεία Ημερήσιας Φροντίδας, κάθε επίσκεψη θα υπολογίζεται ως μία ημέρα. Όλη η θεραπεία πρέπει να συνταγογραφείται από ειδικευμένο ιατρό και η θεραπεία να γίνεται από εγγεγραμμένο ειδικό ψυχικής υγείας.		

HIV/AIDS	Το πρόγραμμα πληρώνει*	Εσείς πληρώνετε**
		Δεν Καλύπτεται
<b>Αιμοκάθαρση</b> Ετήσια Μέγιστη Παροχή: €50.000	100%	0%
<b>Benefit Description</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Νεφρική ανεπάρκεια σημαίνει νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου που παρουσιάζεται ως χρόνια, μη αναστρέψιμη ανεπάρκεια λειτουργίας και των δύο νεφρών ως αποτέλεσμα της οποίας ξεκινά η νεφρική αιμοκάθαρση.</li> <li>Εάν ένας Ασφαλισμένος διαγνωστεί με νεφρική ανεπάρκεια, θα παρέχουμε την ιατρικά απαραίτητη θεραπεία της νεφρικής αιμοκάθαρσης που πραγματοποιείται σε Νοσοκομείο ή σε νόμιμα εγγεγραμμένο κέντρο αιμοκάθαρσης σε ενδονοσοκομειακή, ημερήσια ή εξωνοσοκομειακή βάση.</li> <li>Τα έξοδα ταξιδιού και διαμονής που προκύπτουν σε σχέση με μια τέτοια θεραπεία δεν θα καλύπτονται.</li> </ul>		

Preventive care	Plan Pays*	You Pay**
<ul style="list-style-type: none"> <li>Annual Maximum Benefit: €150 (12-month waiting period applies) (Deductible does not apply)</li> </ul>	100%	0%
<b>Benefit Description</b> The following benefits are provided: <ul style="list-style-type: none"> <li>Costs for Male, Female and Child Wellness Health check-up per Period of Insurance which may include a cervical smear, mammogram, cancer screening, cardiovascular examination, neurological examination, breast ultrasound, blood tests and vital signs test including for example blood pressure, cholesterol, or liver function tests.</li> <li>Costs for Vision tests limited to 1 test per Period of Insurance.</li> <li>Costs for Hearing tests limited to 1 test per Period of Insurance.</li> </ul>		

### OTHER BENEFITS: IN-PATIENT/OUT-PATIENT TREATMENT

Cancer Care	Plan Pays*	You Pay**
	100%	0%
Following the diagnosis of cancer, We will pay for costs for a treatment including, radiotherapy, chemotherapy, and oncology, including consultations, diagnostic tests, prescription drugs, stem cell transplants from either blood or bone marrow, dressings, durable medical equipment and reconstructive surgery. Costs for wigs will be paid up to €150 Lifetime Maximum.		
<b>Chronic conditions</b> Including consultations, treatment, medications, and hospital costs. <b>In-patient</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Annual Maximum Benefit: €15.000</li> </ul> <b>Out-patient</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Not Covered</li> </ul>	100%	0%
<b>Benefit Description</b> Including consultations, treatment, medications and hospital costs. Expenses for all Chronic treatment are subject to the stated Annual Maximum Chronic Benefits. <b>The Benefits provided under this section do not cover any Chronic Condition which was diagnosed and pre-existed in the 24-months period before the Effective Date.</b>		

Organ transplant	Plan Pays*	You Pay**
	100%	0%
<b>Benefit Description</b> Transplants of Kidney, Liver, Heart, Lung, or Heart and Lung in respect of the Insured being the recipient and not the organ donor. Treatment must be received in an institution recognized for these procedures by a competent government authority.		
<b>Psychiatric care - Out-patient</b>		Not Covered
<b>Psychiatric care - In-patient or Day Care</b> Annual Maximum Benefit: 30 days (12-month waiting period applies).	100%	0%
<b>Benefit Description</b> Medical expenses are necessarily and reasonably incurred in respect of psychiatric treatment up to the Annual Maximum Benefit shown as an In-patient or Day Care. For Day Care treatment, each visit will count as one day. All treatment must be prescribed by a qualified Physician and treatment carried out by a registered mental health Specialist.		

HIV/AIDS	Plan Pays*	You Pay**
		Not Covered
<b>Kidney Dialysis</b> Annual Maximum Benefit: €50.000	100%	0%
<b>Benefit Description</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kidney failure means end-stage renal failure presenting as chronic, irreversible failure of both kidneys to function as a result of which renal dialysis is initiated.</li> <li>If an Insured is diagnosed with kidney failure, We will provide for the Medically Necessary treatment of kidney dialysis performed at a Hospital or at a legally registered dialysis center on an In-patient, Day-patient or Out-patient basis.</li> <li>Travel and accommodation expenses incurred in connection with such treatment will not be covered.</li> </ul>		



<b>Εκ γενετής παθήσεις - (με 12μηνη περίοδο αναμονής)</b> <b>Ασφαλισμένα άτομα ηλικιών 18 και άνω</b> • Ετήσια Μέγιστη Παροχή: €25.000 <b>Ασφαλισμένα άτομα κάτω των 18</b> • Ετήσια Μέγιστη Παροχή: €10.000	<b>Το πρόγραμμα πληρώνει*</b> 100%	<b>Εσείς πληρώνετε**</b> 0%
<b>Περιγραφή Παροχής</b> Κάλυψη των ιατρικά απαραίτητων εξόδων για εκ γενετής παθήσεις μέχρι την Ετήσια Μέγιστη Παροχή.		
<b>Ανακουφιστική και παρηγορητική φροντίδα (Hospice)</b> Μέγιστη Ετήσια Παροχή: 30 ημέρες	<b>Το πρόγραμμα πληρώνει*</b> 100%	<b>Εσείς πληρώνετε**</b> 0%
<b>Περιγραφή Παροχής</b> Το Hospice είναι ένα εγκεκριμένο πρόγραμμα από εμάς, με σκοπό την παροχή ενός κεντρικά διαχειριζόμενου προγράμματος ανακουφιστικών και υποστηρικτικών υπηρεσιών σε άτομα που βρίσκονται στο τελικό στάδιο και τις οικογένειές τους. Τελικό στάδιο ορίζεται ως ότι ο ασθενής έχει πρόγνωση 6 μηνών ή λιγότερο. Οι υπηρεσίες παρέχονται από ιατρικά εποπτευόμενη διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών και εθελοντών. Οι καλυπτόμενες υπηρεσίες είναι διαθέσιμες και κατ' οίκον. Οι παροχές σε εξωνοσοκομειακούς αλλά και ενδονοσοκομειακούς ασθενείς υπόκεινται στο Μέγιστο Ετήσιο Όριο Παροχών. Η ένταξη στο πρόγραμμα Hospice γίνεται με βάση τις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας.		
<b>Η φροντίδα Hospice:</b> • Πρέπει να σχετίζεται με καλυπτόμενη ιατρική πάθηση που είχε αποτελέσει αντικείμενο προηγούμενης έγκυρης αξίωσης στο πρόγραμμα, με διάγνωση ανίατης νόσου από Ιατρό ή Ειδικό. • Η παροχή καταβάλλεται μόλις εγκριθεί από εμάς.		
<b>Θεραπεία Ορμονικής Υποκατάστασης</b>	Δεν Καλύπτεται	

<b>Congenital Conditions</b> -12 mth waiting period applies <b>Insured Persons ages 18 or older</b> • Annual Maximum Benefit: €25.000 <b>Insured Persons under age 18</b> • Annual Maximum Benefit: €10.000	<b>Plan Pays*</b> 100%	<b>You Pay**</b> 0%
<b>Benefit Description</b> The Policy covers medically necessary expenses for congenital conditions up to the Annual Maximum Benefit.		
<b>Hospice and palliative care</b> Annual Maximum Benefit: 30 days	<b>Plan Pays*</b> 100%	<b>You Pay**</b> 0%
<b>Benefit Description</b> Hospice is a program approved by Us to provide a centrally administered program of palliative and supportive services to terminally ill persons and their families. Terminally ill means the patient has a prognosis of 6 months or less. Services are provided by a medically supervised interdisciplinary team of professionals and volunteers. Covered services are available in home, Out-patient and In-patient settings up to the amount listed. Admission to a hospice program is made on the basis of patient and family needs.		
<b>The Hospice care:</b> • Must relate to a covered medical condition that has been the subject of a prior valid claim with Us, with a diagnosis of terminal illness from a Physician or Specialist; • Benefit is payable once approved by Us.		
<b>Hormone replacement therapy</b>	Not Covered	

## ΠΑΡΟΧΕΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

**Φροντίδα Μητρότητας**

Ετήσια Μέγιστη Παροχή: €500 (12μηνη περίοδος αναμονής) (Δεν εφαρμόζεται ποσό απαλλαγής)

Προγενετικός Έλεγχος, τοκετός, φροντίδα μετά τον τοκετό	Το πρόγραμμα πληρώνει*	Εσείς πληρώνετε**
	100%	0%
Επιπλοκές	Το πρόγραμμα πληρώνει*	Εσείς πληρώνετε**
	100%	0%

**Περιγραφή Παροχής**

Οι Παροχές Φροντίδας Μητρότητας καλύπτονται και ισχύουν για κάθε κατάσταση που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη, συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά, της προγεννητικής και μεταγεννητικής φροντίδας, του τοκετού, της αποβολής, του πρόωρου τοκετού και των επιπλοκών της εγκυμοσύνης. Οι παροχές είναι διαθέσιμες μόνο στον ασφαλισμένο ή τον/τη σύζυγο εφόσον καλύπτεται και περιλαμβάνεται στο Πιστοποιητικό Ασφάλισης. Τα επιδόματα μητρότητας δεν καλύπτουν εξαρτώμενο πρόσωπο. Υπάρχει περίοδος αναμονής 12 μηνών.

**Μαιευτικές Υπηρεσίες**

Οι υπηρεσίες καλύπτονται όπως ορίζεται στο Πρόγραμμα Παροχών και περιορίζονται στα ακόλουθα:

- Νοσοκομειακές υπηρεσίες που παρέχονται σε αδειοδοτημένο Νοσοκομείο ή εγκεκριμένο κέντρο τοκετών (συμπεριλαμβανομένης της αναισθησίας, του τοκετού, καισαρικής τομής, προγεννητικής και μεταγεννητικής φροντίδας) για οποιαδήποτε πάθηση που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη, συμπεριλαμβανομένης αλλά χωρίς περιορισμό του τοκετού και της αποβολής.
- Μαιευτικές υπηρεσίες (συμπεριλαμβανομένης της προγεννητικής φροντίδας, του τοκετού και της μεταγεννητικής φροντίδας) και υπηρεσίες αναισθησίας από γιατρό.
- Οι προγεννητικές βιταμίνες καλύπτονται μόνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, εφόσον συνταγογραφηθούν από γιατρό.

**Εμβολιασμός νεογνού:**

Ετήσια Μέγιστη Παροχή: €50

**Περιγραφή Παροχής**

Καλύπτονται οι συνιστώμενοι εμβολιασμοί για νεογέννητα βρέφη, υπό την προϋπόθεση ότι υπάγονται στο παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, από τη γέννηση έως το ένα έτος, σύμφωνα με τους Συνιστώμενους Εμβολιασμούς Ρουτίνας για παιδιά αυτής της ηλικίας από τον WHO. Η παροχή είναι διαθέσιμη μόνο για βρέφη που γεννιούνται υπό καλυπτόμενη εγκυμοσύνη.

**Παροχή Νεογνού, πρώτες 31 ημέρες:**

(μόνο για καλυπτόμενες εγκυμοσύνες)

Ετήσια Μέγιστη Παροχή: €200.000

**Περιγραφή Παροχής****Γέννηση υπό καλυπτόμενη εγκυμοσύνη**

Τα ιατρικά έξοδα για νεογέννητα, συμπεριλαμβανομένων των συγγενών ή γενετικών ανωμαλιών, καλύπτονται εάν ληφθεί ειδοποίηση από τον Ασφαλιστή εντός 31 ημερών από τη γέννηση για την εγγραφή του ως Ασφαλισμένου Εξαρτώμενου προσώπου. Η κάλυψη του νεογέννητου βρέφους χωρίς ειδοποίηση κατά τις πρώτες 31 ημέρες δεν θα υπερβαίνει το ποσό που αναφέρεται στο Πρόγραμμα Παροχών. Οι χρεώσεις για υπηρεσίες βρεφονηπιακού σταθμού και επαγγελματικές υπηρεσίες για το νεογέννητο βρέφος καλύπτονται χωριστά από τα επιδόματα μητρότητας της μητέρας και υπόκεινται στο ποσό σύμφωνα με την Πολιτική και το Πρόγραμμα Παροχών.

**Οδοντιατρικές Παροχές**

Δεν Καλύπτονται

**Παροχές Οράσεως**

Δεν Καλύπτονται

## MATERNITY BENEFITS

**Maternity Care**

Annual Maximum Benefit: €500 (12-month waiting period applies) (Deductible does not apply).

Prenatal care, childbirth and postnatal care	Plan Pays*	You Pay**
	100%	0%
Complications	Plan Pays*	You Pay**
	100%	0%

**Benefit Description**

The following Maternity Care Benefits are covered and are applicable to any condition related to pregnancy, including but not limited to pre-natal and post-natal care, childbirth, miscarriage, premature birth, and complications of pregnancy. The benefits are only available to the insured or spouse provided she is covered and included in the insurance certificate. Maternity benefits for an Insured Dependent are not covered. Please note there is a 12-month waiting period for this benefit.

**Obstetrical Services**

Services are covered as set forth in the Schedule of Benefits and are limited to the following:

- Hospital services rendered in a licensed Hospital or approved birthing center (including anesthesia, delivery, Caesarean section, pre-natal and post-natal care) for any condition related to pregnancy, including but not limited to childbirth and miscarriage.
- Obstetrical services (including prenatal, delivery and post-natal care) and anesthesia services by physicians.
- Pre-natal vitamins are covered during the term of the pregnancy only, if prescribed by a physician.

**• Newborn Infant vaccination:**

Annual Maximum Benefit: €50

Plan Pays\*

100%

You Pay\*\*

0%

**Benefit Description**

We will pay for the recommended vaccinations for Newborn Infants, providing they are enrolled under the Policy, from birth through one year according to WHO Recommended Routine Immunizations for Children of this age. This benefit is available for infants born under a Covered Pregnancy only.

**Newborn Infant benefit, first 31 days;**

(for covered pregnancy only)

Annual Maximum Benefit: €200.000

Plan Pays\*

100%

You Pay\*\*

0%

**Benefit Description****Born Under a Pregnancy Covered Under the Policy**

Medical expenses for newborn infants including congenital or birth defects are covered if notification is received by the Insurer within 31 days of birth for enrollment as an Insured Dependent. Newborn infant's coverage without notification during the first 31 days will not exceed the amount shown in the Schedule of Benefits. Charges for Hospital nursery services and professional services for the newborn infant are covered separately from the mother's maternity benefits and are subject to the amount in accordance with the Policy and the Schedule of Benefits.

**DENTAL BENEFITS**

Not Covered

**OPTICAL BENEFITS**

Not Covered

## ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΑΝΑΠΑΤΡΙΣΜΟΣ

Επείγουσα Βοήθεια	Το πρόγραμμα πληρώνει*	Εσείς πληρώνετε**
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ετήσια Μέγιστη Παροχή: €100.000</li> </ul>	100%	0%
<p><b>Περιγραφή Παροχής</b> Σε περίπτωση ιατρικής κατάστασης, και όταν ένας ιατρός που έχει οριστεί από την HealthWatch σε συνεννόηση με τοπικό θεράποντα ιατρό, κρίνει ότι είναι ιατρικά απαραίτητο να σταλεί ο Ασφαλισμένος στην πλησιέστερη διαθέσιμη τοποθεσία όπου είναι διαθέσιμη η κατάλληλη ιατρική φροντίδα, η HealthWatch θα διευθετήσει και θα καλύψει τα έξοδα μεταφοράς, με τακτική αεροπορική εταιρεία χρησιμοποιώντας ταξιδιωτικό εισιτήριο οικονομικής θέσης το συντομότερο δυνατό.</p>		
Επείγουσα Εκκένωση	Το πρόγραμμα πληρώνει*	Εσείς πληρώνετε**
	100%	0%
<p><b>Περιγραφή Παροχής</b> Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης όπου απαιτεί ιατρική εκκένωση, η HealthWatch εγκρίνει και να κανονίζει επείγουσα ιατρική αεροδιακομιδή. Η μη διευθέτηση της μεταφοράς μέσω της HealthWatch θα έχει ως αποτέλεσμα τη μη καταβολή των εξόδων εκκένωσης. Η HealthWatch, για λογαριασμό μας, διατηρεί το δικαίωμα να αποφασίζει για την ιατρική εγκατάσταση στην οποία θα μεταφερθεί ο Ασφαλισμένος. Οι συγκεκριμένες ιατρικές εκκενώσεις θα πραγματοποιούνται μόνο στην πλησιέστερη ιατρική μονάδα που είναι ικανή να παρέχει την απαραίτητη ιατρική περίθαλψη. Εάν ο Ασφαλισμένος επιλέξει να μην λάβει περίθαλψη στις εγκαταστάσεις και τον χώρο που έχει κανονίσει η HealthWatch, τότε τα έξοδα μεταφοράς βαρύνουν τον Ασφαλισμένο.</p> <p><b>Θαλάσσια και παράκτια εκκένωση</b> Εάν ο Ασφαλισμένος τραυματιστεί ή αρρωστήσει στη θάλασσα (δηλαδή σε κρουαζιέρες, γιοτ κ.λπ.), δεν καλύπτουμε κανένα κόστος έως ότου ο Ασφαλισμένος βρεθεί στη στεριά. Αυτό σημαίνει ότι τυχόν κόστος που προκύπτει για την εκκένωση από τη θάλασσα στην ξηρά, δεν καλύπτεται από το παρόν. Μόλις ο Ασφαλισμένος βρεθεί στη στεριά, το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο καλύπτει τα ιατρικά έξοδα και την περαιτέρω εκκένωση, σύμφωνα με τις καλύψεις και τους όρους του παρόντος, υπό την προϋπόθεση ότι ο Ασφαλισμένος βρίσκεται σε περιοχή που καλύπτεται από το παρόν συμβόλαιο.</p>		
Επιστροφή σορού ή τοπική ταφή	Το πρόγραμμα πληρώνει*	Εσείς πληρώνετε**
<ul style="list-style-type: none"> <li>Μέγιστη Παροχή: €10.000</li> </ul>	100%	0%
<p><b>Περιγραφή Παροχής</b> Παροχή είτε για επαναπατρισμό σορού, είτε για τοπική ταφή. Αυτό το επίδομα δεν περιλαμβάνει αμοιβές για επιστροφή προσωπικών αντικειμένων, θρησκευτικά ή κοσμικά μνημόσυνα, κληρικούς, λουλούδια, μουσική, ανακοινώσεις, έξοδα επισκεπτών και παρόμοιες προσωπικές προτιμήσεις ταφής. Οι απαραίτητες άδειες για την επιστροφή της σορού ενός Ασφαλισμένου με αεροπορική μεταφορά στη χώρα καταγωγής συντονίζεται από την HealthWatch.</p>		

## ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΕΞΟΔΑ ΤΑΞΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

Έξοδα ταξιδιού και διαμονής συνοδού	Δεν Καλύπτονται
-------------------------------------	-----------------

## MEDICAL ASSISTANCE &amp; REPATRIATION

Emergency assistance	Plan Pays*	You Pay**
<ul style="list-style-type: none"> <li>Annual Maximum Benefit: €100.000</li> </ul>	100%	0%
<p><b>Benefit Description</b> In the event of a medical condition, when a physician designated by HealthWatch in consultation with a local attending physician, determines that it is medically necessary for the Insured Person to be sent to the nearest location where appropriate medical care is available, HealthWatch will arrange and meet the costs of the transport by scheduled airline using economy class travel ticket as soon as reasonably practical.</p>		
Emergency evacuation	Plan Pays*	You Pay**
	100%	0%
<p><b>Benefit Description</b> Benefits are provided in the event of an Emergency that requires medical evacuation, HealthWatch must approve and arrange such emergency medical air transportation. Failure to arrange transportation through HealthWatch will result in non-payment of evacuation expenses. HealthWatch, on behalf of Us, retains the right to decide the medical facility to which the Insured Person shall be transported. Approved medical evacuations will only be to the nearest medical facility capable of providing the necessary medical treatment. If the Insured Person chooses not to be treated at the facility and location arranged by HealthWatch, then transportation expenses shall be the responsibility of the Insured.</p> <p><b>Sea and Offshore Evacuation</b> If an Insured Person is injured or becomes ill at sea (i.e. cruises, yachting, etc.), We will not cover any costs until the Insured Person is on land. This means any costs involved from an evacuation in sea to land will not be covered under this Policy. Once on land, this Policy will cover medical costs and further evacuation, according to the Policy coverage and terms provided the Insured Person is in an area covered by the Policy.</p>		
Return of mortal remains or local burial	Plan Pays*	You Pay**
<ul style="list-style-type: none"> <li>Maximum Benefit: €10.000</li> </ul>	100%	0%
<p><b>Benefit Description</b> Benefits are provided for a benefit for either repatriation of mortal remains, or local burial. This benefit excludes fees for the return of personal effects, religious or secular memorial services, clergymen, flowers, music, announcements, guest expenses and similar personal burial preferences. The necessary clearances for the return of an Insured Person's mortal remains by air transport to the Home Country must be coordinated by HealthWatch.</p>		

## ADDITIONAL TRAVEL &amp; ACCOMMODATION COSTS

Accompanying travel & expenses	Not Covered
--------------------------------	-------------

## 2. ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Οποιαδήποτε λέξεις στο παρόν συμβόλαιο οι οποίες αναφέρονται στο αρσενικό φύλο, ερμηνεύονται ότι περιλαμβάνουν και το γυναικείο φύλο, όποτε αυτό κρίνεται σκόπιμο.

Ο Ασφαλιστής δεν υποχρεούται να παρέχει κάλυψη και δεν είναι υπεύθυνος για την καταβολή οποιασδήποτε απαίτησης αποζημίωσης ή παροχής, εάν αυτές δύνανται να εκθέσουν τον Ασφαλιστή σε οποιαδήποτε κύρωση, απαγόρευση ή περιορισμό βάσει ψηφισμάτων των Ηνωμένων Εθνών ή εμπορικών ή οικονομικών κυρώσεων, νόμων ή κανονισμών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, του Ηνωμένου Βασιλείου ή των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής.

HDI Global Specialty SE, η οποία έχει λάβει άδεια λειτουργίας και εποπτεύεται από την Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Η HDI Global Specialty SE είναι εγγεγραμμένη στη Γερμανία (αριθμός εμπορικού μητρώου HRB 211924) και έχει την έδρα της στη διεύθυνση HDI-Platz 1, 30659 Αννόβερο, Γερμανία.

Το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο συντάχθηκε αρχικά στην Αγγλική γλώσσα. Η αγγλική έκδοση του παρόντος αποτελεί το πρωτότυπο κείμενο για όλους τους σκοπούς και θα περιλαμβάνει τους κανόνες που διέπουν την κατανόηση μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών. Σε περίπτωση οποιασδήποτε σύγκρουσης μεταξύ της αγγλικής έκδοσης του παρόντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου και οποιασδήποτε μεταγενέστερης μετάφρασης σε οποιαδήποτε άλλη γλώσσα, υπερέχει η έκδοση στην Αγγλική γλώσσα.

### 2.1 Βάση του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου

Οι δηλώσεις του Ασφαλισμένου χρησιμεύουν ως βάση για το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο. Εάν κάποια πληροφορία είναι εσφαλμένη ή ελλιπής, ή εάν κάποια πληροφορία έχει παραληφθεί, το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο δύναται να λυθεί, να ακυρωθεί ή να τροποποιηθεί.

### 2.2 Πλήρες Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο και Τροποποιήσεις

Το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, το Πιστοποιητικό Ασφάλισης, το Πρόγραμμα Παροχών, το Έντυπο Αίτησης Ασφάλισης καθώς και τυχόν Πρόσθετες σε αυτό πράξεις, αποτελούν το σύνολο της σύμβασης μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών.

Το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο δεν δύναται να τροποποιηθεί χωρίς την λήψη έγκρισης από τον Ασφαλιστή. Τυχόν τροποποιήσεις / αλλαγές θα είναι έγκυρες εφόσον αποδεικνύονται εγγράφως και είναι υπογεγραμμένες από τον Ασφαλιστή. Το παρόν δεν δύναται να τροποποιηθεί από τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή ή οποιοδήποτε άλλο εμπλεκόμενο σε αυτό μέρος. Ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής ή οποιοδήποτε άλλο εμπλεκόμενο μέρος, δεν δύναται να παραιτηθούν από οποιαδήποτε από τις διατάξεις του παρόντος.

Ο Ασφαλισμένος κατανοεί και συμφωνεί ότι το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο που αγοράστηκε συντάσσεται σε ετήσια βάση και ότι το ασφάλιστρο είναι απαιτητό για την Περίοδο Ασφάλισης, ανεξαρτήτως του τρόπου καταβολής των Ασφαλίσεων όπως αυτός συμφωνήθηκε με τον Ασφαλιστή.

## 3. ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΤΗΤΑ

### 3.1 Επιλεξιμότητα για κύριους Ασφαλισμένους και εξαρτώμενα πρόσωπα

Πρέπει να πληρούνται τα κάτωθι κριτήρια επιλεξιμότητας για τον Κυρίως Ασφαλισμένο καθώς και για τα εξαρτώμενα πρόσωπα δηλαδή τη σύζυγο και τα τέκνα:

Ο Ασφαλισμένος μπορεί να είναι ομογενής ή νόμιμος κάτοικος και να διαμένει στον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο, και ο Κύριος Ασφαλισμένος ή εξαρτώμενος σύζυγος δεν έχει συμπληρώσει την ηλικία των ογδόντα (80) κατά την περίοδο έκδοσης του Ασφαλιστηρίου.

Ο εξαρτώμενος σύζυγος είναι επιλέξιμος υπό τον όρο ότι είναι ο νόμιμος σύζυγος του Κύριου Ασφαλισμένου (ή σύντροφος του ίδιου ή αντίθετου φύλου που ζει με τον Ασφαλισμένο για περισσότερους από έξι συνεχείς μήνες) ο οποίος δεν είναι νόμιμα διαζευγμένος από τον Ασφαλισμένο.

Τα τέκνα, προκειμένου να συμπεριληφθούν στο παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο θα πρέπει να πληρούν τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

1. Να είναι κάτω των δεκαεννέα (19) ετών και άγαμα ή
2. Να είναι κάτω των είκοσι οκτώ (28) ετών, άγαμα και φοιτητές πλήρους φοίτησης ή μετεκπαίδευσης ή στρατολογημένοι στον στρατό.

Τα εξαρτώμενα τέκνα λαμβάνουν κάλυψη από το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο μέχρι την πρώτη ημερομηνία Ετήσιας Ανανέωσης του παρόντος που ακολουθεί τα δέκατα ένατα (19α) γενέθλιά τους ή τα εικοσιοστά όγδοα (28α) γενέθλιά τους και εφόσον είναι άγαμα και φοιτητές πλήρους φοίτησης ή μετεκπαίδευσης ή στρατολογημένα στον στρατό, όποτε και η ασφαλιστική τους κάλυψη βάσει του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου θα λήξει και δεν θα θεωρούνται πλέον ασφαλισμένα πρόσωπα. Συνεπώς, δεν θα έχουν δικαίωμα σε οποιαδήποτε παροχές βάσει του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου.

Η διακοπή της ασφάλισης του Κύριου Ασφαλισμένου ακυρώνει ταυτόχρονα κάθε κάλυψη για όλους τους Ασφαλισμένους του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, εκτός από την περίπτωση θανάτου.

Με την επιφύλαξη των ανωτέρω, ο Κύριος Ασφαλισμένος ή σύζυγος ως εξαρτώμενο πρόσωπο, μπορούν να παραμείνουν ασφαλισμένοι ανεξαρτήτως ηλικίας, υπό τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

1. Ο Ασφαλισμένος συνεχίζει να είναι ασφαλισμένος υπό το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο χωρίς διακοπή της κάλυψης.
2. Ο Ασφαλισμένος εξακολουθεί να παραμένει ομογενής ή ντόπιος υπήκοος.
3. Ο Ασφαλισμένος εξακολουθεί να πληροί τις προϋποθέσεις επιλεξιμότητας
4. Ο Ασφαλισμένος συνεχίζει να καταβάλλει το συμφωνημένο ασφάλιστρο.
5. Το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο παραμένει σε ισχύ.
6. Ο Κάτοχος Ασφαλιστηρίου συνεχίζει να καταβάλλει το συμφωνημένο ασφάλιστρο.

Εάν ο Ασφαλιστής αποφασίσει να ακυρώσει το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, θα αποστείλει προειδοποίηση ενός (1) μηνός πριν από την Ημερομηνία Ετήσιας Ανανέωσης.

## 2. GENERAL PROVISIONS

Any words in this Policy in the masculine gender shall be interpreted as including the feminine gender whenever appropriate.

The Insurer shall not be deemed to provide cover and shall not be liable to pay any claim or provide any benefit under this Policy to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such benefit would expose the Insurer to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, the United Kingdom or the United States of America.

HDI Global Specialty SE who are authorized and regulated by the Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). HDI Global Specialty SE is registered in Germany (commercial register number HRB 211924) and has its registered office at HDI-Platz 1, 30659 Hannover, Germany.

This Policy has been originally drafted in English. For all purposes, this English language version of this Policy shall be the original, governing instrument and understanding of the parties. In the event of any conflict between this English language version of the Policy and any subsequent translation into any other language, this English language version shall govern and control.

### 2.1 Basis of the Policy

The declarations of the Policyholder serve as the basis for the Policy. If any information is incorrect or incomplete, or if any information has been omitted, the Policy may be rescinded, cancelled, or modified.

### 2.2 Entire Policy and Changes

This Policy, Certificate of Insurance, Schedule of Benefits, the Policyholder application form, and riders make up the entire contract between the parties.

No change may be made to this Policy unless it is approved by the Insurer. A change will be valid only if it is evidenced in writing and signed by the Insurer. No agent or other person may change this Policy or waive any of its provisions.

The Policyholder understands and agrees that the Policy purchased is written on an annual basis and Premium is due for the Policy Period, regardless of the Premium Payment Mode agreed to by the Insurer.

## 3. ELIGIBILITY

### 3.1 Eligibility for Primary Insured and Dependents

The following eligibility criteria must be met for the Primary Insured, Dependent spouse and children:

Each Insured may be an expatriate or local national residing in European Economic Area, and The Primary Insured or Dependent spouse have not attained age eighty (80) at the time the Policy is issued.

A Dependent Spouse is eligible provided they are the Primary Insured's legal spouse (or partner of the same or opposite sex who has been living with the Insured Person for more than six continuous months) who is not legally separated from the Insured Person.

In the case of children, they must be:

1. under age nineteen (19) and unmarried; or
2. under age twenty-eight (28), unmarried and in full-time further education or conscripted for national service when included under this Policy.

Dependent children may remain covered under this Policy until the first Annual Renewal Date following their nineteenth (19th) birthday or twenty-eight (28th) birthday where in full-time education, unmarried or on national service, at which time their insurance coverage under the Policy will end and they shall no longer be an Insured Person under the Policy and have no entitlement to any Benefits under the Policy.

Termination of the insurance of the Primary Insured shall also cancel all coverage for all Insureds, except in the case of death.

Subject to the above, a Primary Insured or Dependent spouse may remain covered regardless of age provided:

1. The Insured continues to be insured under this Policy without a break in cover;
2. The Insured continues to remain an expatriate or local national;
3. The Insured continues to meet the definition of eligibility;
4. The Insured continues to pay the required Premium;
5. This Policy remains in force;
6. The Policyholder continues to make the required Premium payment.

If the Insurer decides to cancel the Policy, one (1) month's notice in writing will be provided prior to Annual Renewal Date.



### 3.2 Διαμονή

Ο τόπος διαμονής του Ασφαλισμένου και όλων των εξαρτώμενων προσώπων θεωρείται ότι είναι αυτός που δηλώνεται στην Αίτηση Ασφάλισης. Εάν ο Ασφαλισμένος ή τα ασφαλισμένα εξαρτώμενα πρόσωπα ζουν και έχουν πλήρη απασχόληση εκτός της τοποθεσίας διαμονής που δηλώθηκε κατά την Αίτηση Ασφάλισης, ο Ασφαλιστής πρέπει να ειδοποιηθεί εγγράφως, το συντομότερο δυνατό, για την κατοικία πλήρους απασχόλησης. Ενδέχεται να ισχύουν πρόσθετοι όροι και πρόσθετες χρεώσεις (επασφάλιστρο) στο παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο.

Ο Ασφαλισμένος υποχρεούται να ειδοποιήσει τον Ασφαλιστή, το συντομότερο δυνατό εάν κάποιος από τα ασφαλισμένα πρόσωπα γίνει μόνιμος κάτοικος Ηνωμένων Πολιτειών (ΗΠΑ). Ως μόνιμος κάτοικος νοείται ένα άτομο που κατοικεί στις Η.Π.Α. και είναι πολίτης των Η.Π.Α. ή του οποίου επιτρέπεται βάσει της ισχύουσας νομοθεσίας να ζει και να εργάζεται, σε μόνιμη βάση, στις Η.Π.Α. Ο όρος «Η.Π.Α.» περιλαμβάνει όλες τις επικράτειες των Η.Π.Α. Η κάλυψη για τους πολίτες των Η.Π.Α. ή τους μόνιμους κατοίκους των Η.Π.Α. που διαμένουν στις Η.Π.Α. θα λήξει στο τέλος της περιόδου κάλυψης του παρόντος, που ακολουθεί τη μετεγκατάσταση στις ΗΠΑ.

## 4. ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ, ΑΚΥΡΩΣΗ, ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΆΛΛΕΣ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

### 4.1 Καταβολή Ασφαλίστρου

Το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο συντάσσεται σε ετήσια βάση. Τα ασφάλιστρα θεωρούνται απαιτητά και καταβάλλονται πριν την έναρξη κάλυψης που παρέχεται από το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο. Η καταβολή του ασφαλίστρου θεωρείται απαιτητή κατά την παραλαβή του τιμολογίου που αποστέλλεται από εμάς ή την επιβεβαίωση της έναρξης εντολής πάγιας χρέωσης που λαμβάνουμε από εσάς. Ενδέχεται να επιτρέψουμε την πληρωμή του ασφαλίστρου σε έναν εγκεκριμένο πρόγραμμα δόσεων. Η καταβολή του ασφαλίστρου γίνεται στο νόμισμα που συμφωνείται στο παρόν. Οποιαδήποτε άλλη μορφή νομίσματος δεν θα γίνεται αποδεκτή και θα θεωρείται δε, ως μη καταβολή του Ασφαλίστρου. Όλες οι καλύψεις του παρόντος Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου ισχύουν υπό την προϋπόθεση της έγκαιρης καταβολής του Ασφαλίστρου.

### 4.2 Διάταξη για καθυστέρηση καταβολής του ασφαλίστρου

Δίδεται περίοδος χάριτος διάρκειας 31 ημερών για την καταβολή οποιουδήποτε οφειλόμενου ασφαλίστρου, μετά την αρχική καταβολή ασφαλίστρου. Εάν δεν έχουμε λάβει το οφειλόμενο ασφάλιστρο από εσάς μετά από 31 ημέρες, θα αναστείλουμε κάθε κάλυψη εν ισχύ, από την πρώτη ημέρα της περιόδου των 31 ημερών. Εάν το ασφάλιστρο καταβληθεί κατά τη διάρκεια του χρονικού πλαισίου που αναγράφεται στην ειδοποίηση για την περίοδο χάριτος, τότε η κάλυψη θα συνεχιστεί χωρίς διακοπή. Εάν το οφειλόμενο ασφάλιστρο δεν καταβληθεί εντός της περιόδου χάριτος, ενδέχεται να ενεργήσουμε σύμφωνα με τις διατάξεις περί Ακύρωσης και Υπαναχώρησης.

Το σύνολο των μην καταβληθέντων Ασφαλίστρων μέχρι και την ημερομηνία ακύρωσης, καθώς και οποιεσδήποτε άλλες επιβαρύνσεις αναπροσαρμογής ασφαλίστρου που προκύπτουν λόγω ακύρωσης, αποτελούν υποχρέωση του Ασφαλισμένου.

### 4.3 Διατάξεις περί ακύρωσης και περιόδου χάριτος

#### Το δικαίωμά σας για ακύρωση κατά τη διάρκεια της περιόδου χάριτος

Μπορείτε να ακυρώσετε το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο ειδοποιώντας μας εγγράφως, μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή τηλεφωνικά, εντός 30 ημερών από την ημερομηνία λήξης του παρόντος Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου ή, από την ημερομηνία έναρξης ισχύος του παρόντος Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου ή, κατά την περίοδο ανανέωσης, όποιο από τα δύο είναι μεταγενέστερο. Θα λάβετε πλήρη επιστροφή του ασφαλίστρου που καταβλήθηκε, εκτός εάν έχετε υποβάλει αξίωση αποζημίωσης ή καταβολής παροχών. Στην περίπτωση αυτή το πλήρες ετήσιο ασφάλιστρο θεωρείται απαιτητό.

#### Αποτυχία ακύρωσης πριν από τις 30 ημέρες από την ημερομηνία έναρξης ισχύος

Εάν προβείτε στη συμφωνία του Συμβολαίου και εν συνεχεία αποφασίσετε ότι αυτό δεν πληροί τις απαιτήσεις σας, τότε παρακαλούμε να επιστρέψετε τα έγγραφα του Συμβολαίου σας (η επιστροφή των εγγράφων δεν είναι απαραίτητη εάν παραληφθεί ηλεκτρονικά) στην A.K. Demetriou Insurance Agents, Sub-Agents & Consultants Ltd εντός τριάντα (30) ημερών από την Ημερομηνία Έναρξης Ισχύος, μαζί με τις γραπτές οδηγίες σας για ακύρωση. Εφόσον δεν έχει καταβληθεί καμία Απαίτηση και/ή δεν έχει δοθεί Πρόέγκριση, θα επιστρέψουμε ολόκληρο το Ασφάλιστρο που έχετε καταβάλει.

Εάν έχετε υποβάλει μια Απαίτηση κατά τον χρόνο που μας ζητήσατε να ακυρώσουμε το Συμβόλαιο, θα εκλάβουμε τις οδηγίες σας ως απόσυρση της Απαίτησής σας και δε θα παρασχεθούν οι Παροχές σύμφωνα με το Συμβόλαιο αυτό.

Εάν λάβουμε την εντολή να ακυρώσετε το Συμβόλαιο σας περισσότερο από τριάντα (30) ημέρες μετά από την Ημερομηνία Έναρξης Ισχύος, θα εφαρμόσουμε μια αναλογική χρέωση για το χρονικό διάστημα του κινδύνου που αρχίζει από την ημερομηνία έναρξης ισχύος του Ασφαλιστηρίου σας.

#### Το δικαίωμά σας για ακύρωση μετά την πάροδο της περιόδου χάριτος

Μπορείτε να ακυρώσετε το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο μετά την πάροδο της περιόδου χάριτος ειδοποιώντας μας εγγράφως, μέσω e-mail ή τηλεφωνικά. Η επιστροφή του ασφαλίστρου προς τον Αντισυμβαλλόμενο, εάν υπάρχει, θα υπολογίζεται με αναλογική ημερήσια τιμή, αναλόγως του χρονικού διαστήματος κατά το οποίο το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο είναι εν ισχύ, εκτός εάν έχετε υποβάλει αξίωση αποζημίωσης ή καταβολής παροχών. Στην περίπτωση αυτή το πλήρες ετήσιο ασφάλιστρο θεωρείται απαιτητό.

### 4.4 Τροποποίηση Όρων και Ασφαλίστρων

Η ισχύς του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου ξεκινά κατά αναγραφόμενη στο Πιστοποιητικό Ασφάλισης Ημερομηνία Έναρξης Ισχύος και λήγει τα μεσάνυχτα, 365 ημέρες αργότερα. Οι όροι και τα ασφάλιστρα του παρόντος συμβολαίου είναι εγγυημένα για ένα έτος. Διατηρούμε το δικαίωμα να αλλάξουμε τους όρους του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου ή τα ασφάλιστρα, κατά την Ημερομηνία Ανανέωσης. Θα ειδοποιήσουμε τον Ασφαλιζόμενο για οποιαδήποτε αλλαγή στους όρους ή τα ασφάλιστρα του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, τουλάχιστον 30 ημέρες πριν από την πραγματοποίηση της αλλαγής.

### 4.5 Διάρκεια Κάλυψης

Οι παροχές του παρόντος, καταβάλλονται στο βαθμό που το ασφαλισμένο πρόσωπο λαμβάνει οποιαδήποτε από τις θεραπείες που καλύπτονται από το Πρόγραμμα Παροχών μετά την Ημερομηνία Ισχύος του ασφαλιστηρίου, συμπεριλαμβανομένων τυχόν πρόσθετων Περιόδων Αναμονής και μέχρι την ημερομηνία που το άτομο αυτό δεν πληροί πλέον τον ορισμό του Ασφαλισμένου Ατόμου.

### 3.2 Residency

The residence of the Policyholder and all Dependents is assumed to be the residence disclosed on the application. If the Policyholder or insured Dependents are living full-time outside of the location disclosed in the application the Insurer must be notified as soon as practicably possible in writing of their full-time residence. Additional Policy conditions and surcharges in Premium may apply.

The Policyholder is required to notify Us as soon as practicably possible if any of the Insured Persons become a permanent resident of the United States (US). Permanent resident shall mean a person residing in the US who is a citizen of or who is permitted under applicable laws to live and work, on a permanent basis, in the US, and 'US' shall include all territories of the US. Coverage for US citizens or permanent residents of the US residing in the US will terminate at the end of the Policy Period following relocation to the US.

## 4. PREMIUM, CANCELLATION, COOLING-OFF, AND POLICY PROVISIONS

### 4.1 Premium Payment

This Policy is written on an annual basis and all premiums are payable before coverage under this Policy is provided. Premium payment is due upon receipt of the invoice sent by us or confirmation of your direct debit mandate received by you. We may allow for Premium to be paid on an approved payment cycle. Payment must be in the currency approved and any other forms of currency shall not be accepted and will be considered as non-payment of Premium. All coverage under this Policy is subject to the timely payment of Premium.

### 4.2 Late Payment Provision

A period of 31 days will be allowed for payment of any premium due after the initial Premium payment. If any premium due has not been received by Us after 31 days, We will suspend all coverage in effect from the first day of the 31-day period. If Premium is received during the timeframe outlined in the notice of delinquency, coverage will resume without interruption in coverage. If the Premium due is not paid, We may act in accordance with Cancellation and Cooling-Off Period Provisions.

All unpaid Premium through the date of cancellation, and any other Premium adjustments assessed because of cancellation, are the obligation of the Policyholder.

### 4.3 Cancellation and Cooling-Off Period Provisions

#### Your Right to Cancellation During the Cooling-Off Period

You may cancel this Policy by notifying Us in writing, by E-mail, or by telephone within 30 days of either; the date You receive this Policy or, the Effective Date of this Policy or, the Renewal period, whichever is later. A full refund of Premium paid will be made unless You have made a claim for benefits in which case the full annual Premium is due.

#### Failure to cancel 30 days before the effective date

If having purchased or renewed the Policy, You decide that it does not meet Your requirements, then please return Your Policy documents, (the return of documents is not necessary if received electronically) to A.K. Demetriou Insurance Agents, Sub-Agents & Consultants Ltd within thirty (30) days of the Effective Date, together with Your written instructions for cancellation. Provided no Claim has been paid and/or no Pre-authorisation has been given, We will refund in full any Premium that You have paid.

If You have made a Claim at the time You request us to cancel the Policy. We will take Your instructions as a withdrawal of your Claim and Benefits will not be provided under this Policy.

If We receive Your instruction to cancel Your Policy more than thirty (30) days after the Effective Date, We shall apply a pro-rata charge for the time on risk starting from the effective date of Your Policy.

#### Your Right to Cancellation After the Cooling-Off Period

You may cancel this Policy after the cooling-off period by notifying Us in writing, by E-mail, or by telephone. The Premium refund, if any, due to the Policyholder shall be calculated at a proportional daily rate depending on how long the Policy has been in force unless You have made a Claim in which case the full annual premium is due.

### 4.4 Policy and Rate Modifications

The Policy term begins on the Effective Date of the Policy as shown on the Certificate of Insurance and ends at midnight, 365 days later. The Policy terms and rates shall be guaranteed for one year. We have the right to change the Policy terms or Premium on the Renewal Date. We will notify the Policyholder of any such change to Policy terms or rates, at least 30 days before the change is made.

### 4.5 Duration of Coverage

Benefits are paid to the extent that an Insured Person receives any of the treatments covered in the Schedule of Benefits following the Effective Date, including any additional Waiting Periods and up to the date such individual no longer meets the definition of Insured Person.

#### 4.6 Αποποίηση Όρων και Προϋποθέσεων

Η παραίτηση από πλευράς μας από έναν όρο ή προϋπόθεση του παρόντος σε σχέση με μια μεμονωμένη περίπτωση, δεν μας εμποδίζει στο να βασιστούμε σε αυτόν τον όρο ή προϋπόθεση στο εξής.

#### 4.7 Αποποίηση Ευθύνης

Ούτε ο Ασφαλιστής αλλά ούτε και ο Ασφαλιζόμενος φέρουν ευθύνη για την ποιότητα της περίθαλψης που λαμβάνεται από οποιοδήποτε ίδρυμα ή άτομο. Το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο δεν παρέχει στον Ασφαλισμένο καμία αξίωση, δικαίωμα ή αιτία αγωγής κατά του Ασφαλιστή ή του Κυρίως Ασφαλιζόμενου βάσει πράξης παράλειψης ή εντολής Νοσοκομείου, Ιατρού ή άλλου παρόχου φροντίδας ή υπηρεσίας.

#### 4.8 Μεταφορά

Σε περίπτωση θανάτου του Κυρίως Ασφαλιζόμενου, το μεγαλύτερο σε ηλικία ασφαλισμένο πρόσωπο ηλικίας άνω των 18 ετών δύναται, κατά την κρίση του, να επιλέξει να αναλάβει όλες τις ευθύνες του Κύριου Ασφαλισμένου, συμπεριλαμβανομένης και της καταβολής του ασφαλιστρού. Το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο θα εκδοθεί εκ νέου στο όνομα αυτού του ασφαλισμένου προσώπου, το οποίο θα μετονομαστεί σε Κύριο Ασφαλισμένο.

#### 4.9 Παρεχόμενες Πληροφορίες από εσάς

Προκειμένου να αποφασίσουμε και να αποδεχθούμε την παροχή των καλύψεων του παρόντος Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, καθώς και για να καθορίσουμε του ισχύοντες όρους του συμπεριλαμβανομένου και του ασφαλιστρού, βασιστήκαμε στις πληροφορίες που μας έχετε παράσχει. Θα θέλαμε να επιστήσουμε την προσοχή σας κατά την απάντησή σας σε οποιοδήποτε ερωτήσεις που σας θέτουμε, προκειμένου να διασφαλίζετε ότι όλες οι πληροφορίες που μας δίδετε είναι ακριβείς και πλήρεις. Εάν διαπιστώσουμε ότι μας παρείχατε εσκεμμένα ή από παράληψη, αναληθή ή παραπλανητικά στοιχεία, διατηρούμε το δικαίωμά: να αντιμετωπίσουμε το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο ως μη γενόμενο, να αρνηθούμε την πληρωμή αξιώσεων αποζημίωσης, να προσθέσουμε επασφάλιστρο στο υφιστάμενο ασφάλιστρο ή να επανεκδώσουμε το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο υιοθετώντας διαφορετικούς όρους. Σε περίπτωση μιας τέτοιας ενέργειας θα σας ειδοποιήσουμε εγγράφως.

#### 4.10 Τροποποίηση Συνθηκών

Έχετε την υποχρέωση να μας ενημερώσετε το συντομότερο δυνατό για οποιαδήποτε αλλαγή προκύπτει στις πληροφορίες που μας έχετε παράσχει, πριν ή κατά τη διάρκεια του παρόντος Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου.

Όταν ειδοποιηθούμε για μια αλλαγή, θα σας ενημερώσουμε εάν αυτή επηρεάζει το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο σας. Για παράδειγμα, ενδέχεται να ακυρώσουμε το συμβόλαιό σας σύμφωνα με τις διατάξεις ακύρωσης και υπαναχώρησης, να τροποποιήσουμε τους όρους του συμβολαίου σας ή να απαιτήσουμε από εσάς να πληρώσετε περισσότερα για την ασφάλισή σας. Εάν δεν μας ενημερώσετε για μια αλλαγή, η αλλαγή αυτή ενδέχεται να επηρεάσει οποιαδήποτε αξίωση αποζημίωσης σας ή μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ακύρωση της ασφάλισής σας.

#### 4.11 Γεωγραφική Περιοχή και Κάλυψη

Μπορείτε να ανατρέξετε στο Πιστοποιητικό Ασφάλισης προκειμένου να προσδιορίσετε την «Περιοχή Κάλυψης» για την οποία το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο βρίσκεται εν ισχύ. Εάν στις καλύψεις σας περιλαμβάνεται η «Επείγουσα θεραπεία εκτός περιοχής κάλυψης», τότε οι παροχές για επείγουσα ιατρική περίθαλψη σε αυτές τις περιοχές ισχύουν για έως και 30 ημέρες από την είσοδο του Ασφαλισμένου σε αυτές.

Ως Επείγον Ιατρικό Περιστατικό ορίζεται ένα ξαφνικό, απροσδόκητο και απρόβλεπτο γεγονός που προκαλείται από ασθένεια ή τραυματισμό που εκδηλώνεται με συμπτώματα ικανοποιητικής σφοδρότητας που κατά γενική ομολογία, η αποτυχία λήψης άμεσης ιατρικής φροντίδας θα έθιγε την καλή υγεία του Ασφαλισμένου και θα τον έθετε σε σοβαρό κίνδυνο. Από τα Επείγοντα Ιατρικά Περιστατικά εξαιρούνται τα ακόλουθα:

- Θεραπεία που σχετίζεται με κατάσταση που προϋπήρχε πριν την άφιξη σε χώρα εκτός της Περιοχής Κάλυψης
- Τακτική ιατρική θεραπεία
- Θεραπεία που θα μπορούσε να είχε αναβληθεί μέχρι την επιστροφή εντός της Περιοχής Κάλυψης
- Θεραπεία που έχει προγραμματιστεί εκ των προτέρων
- Θεραπεία που προκύπτει από περιστάσεις που εύλογα θα μπορούσαν να είχαν αντιμετωπιστεί από τον Ασφαλισμένο,
- Θεραπεία μητρότητας

Ισχύει ιδία συμμετοχή στις δαπάνες, όροι και εξαιρέσεις. Το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο καλύπτει τα κόστη για την άμεση ανακούφιση και σταθεροποίηση ενός Επείγοντος Ιατρικού Περιστατικού. Δεν παρέχεται κάλυψη για συνεχή φροντίδα ή νοσηλεία πέρα από τη θεραπεία και σταθεροποίηση οξέων συμπτωμάτων.

#### 4.12 Περιορισμός Προϋπάρχουσων Καταστάσεων Υγείας

Οι όροι και οι προϋποθέσεις του παρόντος Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου που αφορούν σε Προϋπάρχουσες Καταστάσεις Υγείας αναγράφονται στο Πιστοποιητικό Ασφάλισης. Όλες οι Προϋπάρχουσες Καταστάσεις Υγείας θα πρέπει να γνωστοποιούνται κατά την Αίτηση Ασφάλισης αφού ενδέχεται να οδηγήσουν σε αναθεώρηση των όρων του παρόντος από τον Ασφαλιστή. Μετά την γνωστοποίηση τυχόν Προϋπάρχουσων Καταστάσεων Υγείας η παρούσα κάλυψη μπορεί να εκδοθεί είτε σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις του Ασφαλιστηρίου είτε με χωριστούς όρους και προϋποθέσεις. Σε καμία περίπτωση δεν παρέχεται κάλυψη σε Προϋπάρχουσες Καταστάσεις Υγείας που δεν γνωστοποιήθηκαν στον Ασφαλιστή.

#### 4.6 Waiver of Terms or Conditions

The waiver of a term or condition by Us in relation to an individual case will not prevent Us from relying on such term or condition thereafter.

#### 4.7 Denial of Liability

Neither the Insurer nor the Policyholder is responsible for the quality of care received from any institution or individual. This Policy does not give the Insured any claim, right or cause of action against Insurer or Policyholder based on an act of omission or commission of a Hospital, Physician or other provider of care or service.

#### 4.8 Transfer

If the Policyholder dies, the oldest Insured Person over the age of 18 years may, at their discretion, elect to assume all responsibilities of the Primary Insured, including payment of Premium. The Policy will be re-issued to such Insured Person and named as the Primary Insured.

#### 4.9 Information You Have Given Us

In deciding to accept this Policy and in setting the terms including Premium We have relied on the information which You have provided to Us. You must take care when answering any questions We ask by ensuring that any information provided is accurate and complete. If We establish that You deliberately or carelessly provided Us with untrue or misleading information We have the right to: treat this Policy as if it never existed, decline to pay claims, add a surcharge to Premium, or re-issue the Policy and apply different terms. We will notify You in writing if any such action is applied.

#### 4.10 Change in Circumstances

You must tell Us as soon as practicably possible of any change in the information You have provided to Us which happens before or during any Policy Period.

When We are notified of a change We will tell You if this affects Your Policy. For example, We may cancel Your Policy in accordance with the Cancellation and Cooling-Off Provisions, amend the terms of Your Policy or require You to pay more for Your insurance. If You do not inform Us about a change it may affect any claim You make or could result in Your insurance being invalid.

#### 4.11 Geographic Area of Coverage

Please refer to the Certificate of Insurance to determine the "Area of Coverage" that applies to this Policy. If "Emergency Treatment Outside Area of Coverage" is available, benefits are provided for a Medical Emergency in such territories up to 30 days from the Insured Person's entry into such territory.

A Medical Emergency is defined as a sudden, unexpected, and unforeseen event caused by an Illness or Injury that manifests itself by symptoms of sufficient severity that a prudent layperson would reasonably expect that a failure to receive immediate medical attention would place the health of the Insured Person in serious jeopardy. A Medical Emergency excludes the following:

- Treatment related to the condition that existed prior to arrival in a country outside the Area of Coverage
- Routine medical treatment
- Treatment that could have been postponed until return within the Area of Coverage
- Treatment that has been planned in advance
- Treatment arising from circumstances that could have been reasonably anticipated by the Insured,
- Maternity treatment

Co-payments and Policy terms and exclusions apply. This Policy will cover costs for the immediate relief and stabilisation of a Medical Emergency There are no benefits for continued care or Hospitalisation beyond the treatment and stabilisation of the acute symptom.

#### 4.12 Pre-Existing Conditions Limitation

The terms and conditions for Pre-Existing Conditions specific to this Policy are outlined on the Certificate of Coverage. All Pre-Existing Conditions must be disclosed on the application for coverage. Based upon the Insurer's review of such conditions, coverage may be issued either in accordance with the Policy provisions, or separate terms and conditions may be applied. Non-disclosed pre-existing conditions are never covered.



## 5. ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ

Η HealthWatch παρέχει τις ακόλουθες υπηρεσίες σε όλα τα μέλη του προγράμματος. Τα μέλη του προγράμματος HealthWatch πριν τη λήψη συγκεκριμένης θεραπείας, θα πρέπει να λαμβάνουν έγκριση από την HealthWatch καθώς και θα πρέπει να επικοινωνούν με την HealthWatch για τα ακόλουθα:

- Προέγκριση υπηρεσιών
- Υπηρεσίες Επειγόντων Περιστατικών / Ιατρική Εκκένωση
- Εντοπισμός προτιμώμενων παρόχων
- Διαχείριση υπόθεσης

Μέσω αυτής της διαδικασίας, η HealthWatch θα:

- Επαληθεύσει την κάλυψη των μελών
- Θα καθορίσει εάν καλύπτονται οι υπηρεσίες ή οι προμήθειες
- Θα βεβαιωθεί ότι η θεραπεία είναι ιατρικά απαραίτητη
- Θα ελαχιστοποιήσει την Ιδία Συμμετοχή του μέλους

Διατηρούμε το δικαίωμα να παραπέμπουμε τυχόν προεγκριμένες απαιτήσεις στην HealthWatch, η οποία στη συνέχεια θα είναι υπεύθυνη για τον καθορισμό και την παρακολούθηση του εύρους και της φύσης της παρεχόμενης φροντίδας. Όταν επιλέγουμε να παραπέμπουμε μια αίτηση στην HealthWatch, και προκειμένου η θεραπεία να συνεχίσει να αποτελεί επιλέξιμη δαπάνη προς αποζημίωση βάσει του Ασφαλιστηρίου, το μέλος υποχρεούται να ακολουθήσει τις διαδικασίες που υποδεικνύονται από αυτή την ενότητα.

Η HealthWatch θα σας καθοδηγήσει στις κατάλληλες εγκαταστάσεις και θα αξιολογήσει την ιατρική αναγκαιότητα της συνιστώμενης θεραπείας. Σκοπός αυτής της διαδικασίας δεν είναι να υποκαταστήσει την ιατρική κρίση του γιατρού σας, αφού η τελική απόφαση για τη θεραπεία εναπόκειται στον ασθενή. Ανεξαρτήτως των αποφάσεων που λαμβάνονται από τον ασθενή, η κάλυψη στο πλαίσιο του παρόντος Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου υπόκειται σε όλους τους περιορισμούς και τις εξαιρέσεις που περιγράφονται σε αυτό, καθώς και σε συνεκτίμηση της ιατρικής αναγκαιότητας της προτεινόμενης θεραπείας και της αποτελεσματικής διαχείρισης του κόστους υγειονομικής περίθαλψης.

Η θεραπεία εγκρίνεται και παρακολουθείται από την HealthWatch, η οποία αποτελεί τον μοναδικό υπεύθυνο για τον καθορισμό της φύσης και του εύρους της κάλυψης. Τα στοιχεία επικοινωνίας της HealthWatch είναι τα ακόλουθα:

**Για προέγκριση/Επείγουσα Ανάγκη Ιατρικής Βοήθειας/Διαχείριση Υποθέσεων**  
**Τηλ: +357 24 636 300 ή +30 2313 084 328, Φαξ: +30 2310 808 099, Email: dcare@healthwatch.gr**

Ορισμένες καθορισμένες υπηρεσίες και θεραπείες που λαμβάνονται σε συγκεκριμένες γεωγραφικές τοποθεσίες (για παράδειγμα ΗΠΑ) απαιτούν Προέγκριση. Η μη λήψη προέγκρισης όταν αυτή απαιτείται, θα έχει ως αποτέλεσμα τη ανάγκη Ιδίας Συμμετοχής σε ποσοστό 40% της κανονικής παροχής. Στην περίπτωση αυτή θα απαιτηθούν οποιαδήποτε πρόστιμα επί του συνολικού περιστατικού περίθαλψης και χωρίς να εφαρμοστεί το μέγιστο ποσοστό Ιδίας Κάλυψης. Πριν την εκτέλεση των υπηρεσιών, θα πρέπει να λάβετε επιστολή έγκρισης. Προκειμένου να υποβάλετε ένσταση κατά της αίτησης της αίτησης του 40% Ιδίας Συμμετοχής, θα πρέπει να προσκομίσετε αποδεικτικό προέγκρισης.

Ανεξαρτήτως της απαίτησης για προέγκριση, η προέγκριση δεν εγγυάται την πλήρη εξόφληση του περιστατικού, καθώς ενδέχεται να ισχύει πρόσθετη Ετήσια Απαλλαγή ή συμπληρωματικά έξοδα. Τα οφέλη που καταβάλλονται βάσει του παρόντος Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου εξακολουθούν να υπόκεινται στις εν ισχύ καλύψεις του προγράμματος τη στιγμή που προκύπτουν αλλά και σε όλους τους άλλους όρους, περιορισμούς και εξαιρέσεις του Ασφαλιστηρίου.

Για θεραπεία που απαιτείται να λάβει χώρα άμεσα σε περιστατικά απειλητικά για τη ζωή ή λόγω ατυχήματος, πρέπει να επικοινωνήσετε με την HealthWatch χρησιμοποιώντας τα ως άνω στοιχεία επικοινωνίας.

Η θεραπεία έκτακτης ανάγκης θα πρέπει να ληφθεί εντός 48 ωρών από την εισαγωγή ή τη επέμβαση. Σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, ο Ασφαλισμένος θα πρέπει να απευθυνθεί στο πλησιέστερο Νοσοκομείο ή πάροχο για βοήθεια ακόμα κι αν το νοσοκομείο ή ο πάροχος δεν είναι μέρος Συμβεβλημένου Δικτύου Παρόχων.

Η Ιδία Συμμετοχή μπορεί να καταργηθεί εάν η κατάσταση του Ασφαλισμένου κριθεί από τον Ασφαλιστή ως επιλέξιμη ιατρική έκτακτη ανάγκη.

Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης όπου απαιτείται ιατρική εκκένωση, επικοινωνήστε εκ των προτέρων με το Τμήμα 24ωρης εξυπηρέτησης της HealthWatch, προκειμένου η HealthWatch να εγκρίνει και διευθετήσει την επείγουσα ιατρική αεροπορική μεταφορά. Το Κέντρο Επιχειρήσεων της HealthWatch διατηρεί το δικαίωμα να αποφασίζει για την ιατρική εγκατάσταση στην οποία θα μεταφερθεί το Ασφαλισμένο Πρόσωπο, για λογαριασμό του Ασφαλιστή. **Οι εγκεκριμένες ιατρικές εκκενώσεις θα πραγματοποιούνται στην πλησιέστερη ιατρική μονάδα ικανή να παρέχει μόνο την απαραίτητη ιατρική περίθαλψη.** Τα στοιχεία επικοινωνίας του HealthWatch βρίσκονται στην Ταυτότητα Μέλους του Ασφαλισμένου. Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης,

Οι ακόλουθες υπηρεσίες απαιτούν Προέγκριση παγκοσμίως:

- Ενδονοσοκομειακές Εισαγωγές και/ή θεραπείες, συμπεριλαμβανομένης της εσωτερικής ψυχιατρικής φροντίδας.
- Χειρουργική (Ενδονοσοκομειακά).
- Τυχαία οδοντιατρική θεραπεία (για επείγουσα οδοντιατρική αποκατάσταση φυσικών υγιών δοντιών που έχουν καταστραφεί σε ατύχημα).
- Αγορά ή ενοίκιο ανθεκτικού ιατρικού εξοπλισμού, συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά, αντλιών ινσουλίνης και προμηθειών.
- Φροντίδα υγείας στο σπίτι.
- Μεταμοσχεύσεις οργάνων.
- Φυσική αποκατάσταση.
- Ανοσοποίηση RSV/και άλλα φάρμακα με τιμή άνω των €1.000 ανά αναπλήρωση.
- Όλες οι θεραπείες/θεραπείες για τον καρκίνο.
- Αιμοκάθαρση και Περιτοναϊκή Κάθαρση για Νεφρική Ανεπάρκεια.
- Οποιαδήποτε πάθηση, συμπεριλαμβανομένων των Χρόνιων Καταστάσεων που δεν πληρούν τα παραπάνω κριτήρια, αλλά αναμένεται να συγκεντρώσουν πάνω από €3.000 ιατρικής περίθαλψης ανά έτος συμβολαίου.
- Υπηρεσίες επείγουσας εκκένωσης/επαναπατρισμού ή επιστροφής σορού.

## 5. PRE-AUTHORIZATION REQUIREMENTS AND EMERGENCY SERVICES

HealthWatch provides the following services and all members must receive HealthWatch approval prior to receiving certain treatments and should be contacted for the following services:

- Preauthorization
- Emergency Services / Medical Evacuation
- Locating preferred providers
- Case management.

Through this process, HealthWatch will:

- verify coverage of members
- determine whether the services or supplies are covered
- ensure treatment is medically necessary
- minimize the out-of-pocket cost to the member.

We retain the right to refer any pre-authorized claims to HealthWatch, which will then be responsible for establishing and monitoring the scope and nature of the care provided. When We elect to refer a claim to HealthWatch, in order for treatment to continue to be eligible for reimbursement under the Policy, the member will be required to follow the procedures indicated by this department.

HealthWatch will guide you to appropriate facilities and will evaluate the medical necessity of the recommended treatment. The intention of this process is not to substitute for the medical judgment of your physician, as the ultimate decision for treatment is up to the patient. Regardless of the decisions taken by the patient, coverage under this Policy is subject to all stated limitations and exclusions as well as a consideration of the medical necessity of the proposed treatment and the effective management of health care costs.

Treatment is approved and monitored by HealthWatch, which will be the sole determinant of the nature and scope of coverage. For contact information, please see below.

**For Pre-authorization/Emergency Med. Assistance/Case Management**  
**Tel: +357 24 636 300 or +302 313 084 328, Fax: +302 310 808 099, Email: dcare@healthwatch.gr**

Certain designated services and treatment obtained in certain geographical locations (for example USA) require Pre-Authorization. Failure to Pre-Authorize when required will result in a 40% co-payment applied to the normal benefit. Any penalty will be applied to the entire episode of care and there will be no Out-of-Pocket maximum. You must obtain a letter of authorization, prior to the performance of those services. In order to appeal the application of the 40% Co-payment, you will need to provide proof of Pre-Authorization.

Notwithstanding the requirement to Pre-Authorize, Pre-Authorization approval does not guarantee payment of a claim in full, as additional Co-payments and Out-of-Pocket expenses may apply. Benefits payable under the Policy are still subject to eligibility at the time charges are actually incurred, and to all other terms, limitations, and exclusions of the Policy.

For treatment that is required immediately through it being of a life-threatening nature or due to an Accident you must contact HealthWatch using the contact information above.

Emergency Treatment must be received within 48 hours of the admission or procedure. In instances of an emergency, the Insured should go to the nearest Hospital or provider for assistance even if that hospital or provider is not part of the Preferred Provider Network.

Co-pay may be waived if the situation is determined by the Insurer to be an eligible medical emergency.

In the event of an emergency that requires medical evacuation, contact the HealthWatch 24-hour Department, in advance in order to approve and arrange such emergency medical air transportation. The Operations Center, on behalf of the Insurer, retains the right to decide the medical facility to which the Insured Person shall be transported. **Approved medical evacuations will be to the nearest medical facility capable of providing the necessary medical treatment only.** The HealthWatch contact information can be located on the Insured's Member Identification Card. In the event of an emergency,

The following services require Pre-Authorization worldwide:

- In-patient Admissions and/or treatments including in-patient psychiatric care;
- Surgery (In-patient);
- Accidental Dental treatment (for emergency dental repair of natural sound teeth damaged in an Accident);
- Purchase or rental of Durable Medical Equipment, including, but not limited to, Insulin Pumps and supplies;
- Home Health Care;
- Organ transplants;
- Physical rehabilitation;
- RSV Immunization/and other medications priced in excess of €1.000 per refill;
- All Cancer treatments/therapies;
- Hemodialysis and Peritoneal Dialysis for Renal Failure;
- Any condition, including Chronic Conditions that do not meet the above criteria, but are expected to accumulate over €3.000 of medical treatment per Policy year;
- Emergency evacuation/repatriation or return of mortal remains services.

Για να λάβει **προέγκριση** και επαλήθευση της χρήσης του Δικτύου, ο Ασφαλισμένος, ο Πάροχος ή ο εκπρόσωπος του Ασφαλισμένου πρέπει να επικοινωνήσουν με την **HealthWatch**.

Η **HealthWatch** προσφέρει υπηρεσίες ιατρικής βοήθειας 24 ώρες το 24ωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα, προκειμένου να ανταποκρίνεται σε οποιοδήποτε επειγόν ιατρικό περιστατικό σε όλο τον κόσμο, ανεξαρτήτως ώρας ή ημέρας. Οι διαχειριστές των ιατρικών και νοσηλευτικών περιστατικών καθώς και ο Ιατρικός Διευθυντής της HealthWatch, εργάζονται ομαδικά προκειμένου να διαχειριστούν όλες τις πτυχές μιας υπόθεσης, από την αρχική παραπομπή μέχρι και την επιστροφή του ασθενούς στο σπίτι του. Συντονίζουν δε την εισαγωγή σε νοσοκομείο, προεγκρίνουν τις ιατρικές υπηρεσίες και επιβλέπουν το πλάνο εξόδου από το νοσοκομείο. Επιπλέον, παρέχουν την άρτια υποστήριξη των ασθενών ενώ παρακολουθούν την εξέλιξη του κόστους.

Οι υπηρεσίες διαχείρισης ιατρικών περιστατικών της **HealthWatch** περιλαμβάνουν το συντονισμό της θεραπείας, τη παροχή βοήθειας σε ασθενείς και εξαρτώμενα πρόσωπα, την παρακολούθηση και επανεξέταση της θεραπείας και το συντονισμό χρήσης Αεροπορικού Ασθενοφόρου (αεροδιακομιδής) εάν κριθεί απαραίτητο. Αν αντιμετωπίσετε οποιοδήποτε ιατρικό περιστατικό θα πρέπει να επικοινωνήσετε άμεσα με την HealthWatch. Η αποζημίωση της απαίτησής σας θα μεγιστοποιηθεί και η HealthWatch θα σας βοηθήσει να χειριστείτε πολλά από τα ζητήματα που προκύπτουν κατά τη διάρκεια ασθένειας, ατυχήματος ή περιστατικού έκτακτης ανάγκης.

## 6. ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΠΑΡΟΧΟΥ

### Παγκόσμιο Δίκτυο Παρόχων

Η HealthWatch διατηρεί Παγκόσμιο Δίκτυο Παρόχων προκειμένου να διευκολύνει την πρόσβαση των ασφαλισμένων σε ιατρική περίθαλψη σε όλο τον κόσμο. Παράλληλα, ενισχύει τη σωστή διαχείριση του συνολικού κόστους του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου. Οι εγκαταστάσεις του Δικτύου Παρόχων είναι γνωστές για τη φροντίδα που παρέχουν εντός της επικράτειας που δραστηριοποιούνται.

## 7. ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο καλύπτει αθλήματα και δραστηριότητες αναψυχής, δηλαδή δραστηριότητες που προορίζονται για χαλάρωση ή διασκέδαση, δεν απαιτούν ειδική εκπαίδευση και δεν αυξάνουν τον κίνδυνο τραυματισμού ή θανάτου. Παραδείγματα τέτοιων καλυπτόμενων δραστηριοτήτων περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται στα ακόλουθα: καγιάκ, κολύμβηση με αναπνευστήρα, raddle boarding, ιστιοπλοΐα, ποτάμιο ράφτινγκ σε επίπεδο 1-3 και καταδύσεις στα 15 μέτρα, εάν υφίσταται πιστοποίηση PADI (ή ισοδύναμο) ή εκπαιδευτής με πιστοποίηση PADI (ή ισοδύναμο).

Το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, δεν καλύπτει επικίνδυνα ή ακραία αθλήματα και δραστηριότητες, δηλαδή, οποιαδήποτε δραστηριότητα απαιτεί αυξημένο επίπεδο δεξιοτήτων και υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης την ασφαλή συμμετοχή, και που εάν δεν εκτελεστεί σωστά μπορεί να οδηγήσει σε κίνδυνο τραυματισμού ή θανάτου. Παραδείγματα τέτοιων εξαιρούμενων δραστηριοτήτων περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται στα ακόλουθα: bungee jumping, base jumping, αλεξίπτωτο, καταδύσεις σε βάθη μεγαλύτερα από 15 μέτρα και, εάν δεν υφίσταται πιστοποίηση PADI (ή ισοδύναμο) ή εκπαιδευτής με πιστοποίηση PADI (ή ισοδύναμο), αγωνιστικό αυτοκίνητο οδήγησης, σκι εκτός πίστας και αναρρίχηση.

Το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο δεν καλύπτει επαγγελματικά αθλήματα και δραστηριότητες δηλαδή, οποιαδήποτε δραστηριότητα όπου ο συμμετέχοντας λαμβάνει αποζημίωση, χορηγία ή χρηματικό έπαθλο για την απόδοσή του.

Η HealthWatch είναι στη διάθεση σας προκειμένου να παρέχει διευκρινίσεις για το εάν ένα συγκεκριμένο άθλημα ή δραστηριότητα θα καλύπτεται από το Παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο. Θα πρέπει να επικοινωνήσετε με την HealthWatch πριν την αθλητική δραστηριότητα που προτίθεστε να ακολουθήσετε.

## 8. ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΙΣ: ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ, ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ

Οι αποζημιώσεις καταβάλλονται σε συνήθη, κοινή και εύλογη βάση (UCR) και υπόκεινται σε εξαιρέσεις, περιορισμούς και προϋποθέσεις του παρόντος Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου για τις προβλεπόμενες χρεώσεις που:

- Προέκυψαν ως αποτέλεσμα ασθένειας ή τυχαίου σωματικού τραυματισμού
- Κρίθηκαν ιατρικά απαραίτητες
- Έγιναν κατόπιν εντολής ιατρού ή ειδικού
- Παρασχέθηκαν σε κατάλληλο ιατρικό περιβάλλον

Οι αξιώσεις αποζημίωσης υποβάλλονται σε εμάς, είτε απευθείας από τον πάροχο είτε από την εγκατάσταση ιατρικής περίθαλψης. Συνιστάται να υποβληθούν εντός 90 ημερών.

Ιατρικές, συνταγογραφούμενες φαρμακευτικές αγωγές και οδοντιατρικές αξιώσεις  
Τα έντυπα αξίωσης αποζημίωσης υποβάλλονται μόνο όταν ο πάροχος ιατρικών υπηρεσιών δεν χρεώνει απευθείας εμάς ή και όταν εσείς καλύπτετε διάφορες απ' ευθείας σχετικές δαπάνες. Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η πληρωμή των αξιώσεων, οι αξιώσεις πρέπει να υποβληθούν σε μορφή του θα είναι αποδεκτή από εμάς, σύμφωνα με τις παρακάτω προϋποθέσεις:

Για αξίωση αποζημίωσης, απευθυνθείτε μέσω email στο [dcare@healthwatch.gr](mailto:dcare@healthwatch.gr)

Επιλογές αποζημίωσης των αξιώσεων

Οι αξιώσεις θα καταβάλλονται στον Κύριο Ασφαλισμένο:

- Απευθείας στον τραπεζικό σας λογαριασμό
- Με επιταγή που θα αποστέλλεται στον Κύριο Ασφαλισμένο μόνο όταν δεν είναι δυνατή η ηλεκτρονική πληρωμή

To obtain a **Pre-Authorization** and verification of Network utilization the Insured Person, the Provider, or the Insured Person's representative must call **HealthWatch**

**HealthWatch** offers a 24/7 assistance service to answer any medical emergency around the world no matter the time or day. Case managers, nurse case managers, and the HealthWatch Medical Director work as a team to manage all aspects of a case from initial referral until the patient returns home. They coordinate admissions, Pre-Authorize services, and coordinate discharge planning. They provide patient advocacy while monitoring costs.

**HealthWatch** case management services include coordination of treatment, assistance to patient and family Insureds, monitoring and review of treatment, and coordination of Air Ambulance needs if necessary. HealthWatch should be contacted immediately when there is any medical issue. Your claim reimbursement will be maximized, and they will help to handle many of the issues that come up during an illness, accident, or emergency illness.

## 6. PROVIDER ACCESS

### Worldwide Provider Network

HealthWatch maintains a Worldwide Provider Network for the ease and convenience of Insured Persons accessing medical care around the world and to help manage the overall cost of the Policy. These facilities are known for the care they provide in their local territory.

## 7. SPORTS AND OTHER ACTIVITIES

The Policy covers **leisure sports and activities** meaning such activities that are for relaxation or fun, do not require any special training, and do not heighten the risk of Injury or death to an individual. Examples of such covered activities include but are not limited to: kayaking, snorkeling, paddle boarding, sailing, white water rafting levels 1-3, and scuba diving to 15 meters if PADI qualified (or equivalent) or with a PADI qualified instructor (or equivalent).

This Policy does not cover **hazardous or extreme sports and activities** meaning any activity requiring an increased skill set and higher level of training to safely participate, and that if not properly executed could result in risk of Injury or death. Examples of such excluded activities include but are not limited to: bungee jumping, base jumping, parachuting, scuba diving to depths deeper than 15 meters and if not PADI qualified (or equivalent) or with a PADI qualified instructor (or equivalent), race car driving, off-piste skiing, and rock climbing.

This Policy does not cover professional sports and activities meaning any activity where a participant receives compensation, sponsorship or prize money for their performance.

HealthWatch is available to provide clarification if a specific sport or activity would be covered under the Policy and should be contacted prior to engagement.

## 8. CLAIMS: HOW TO FILE A CLAIM, CLAIMS STATUS, AND COMPLAINTS PROCEDURE

Benefits will be paid on a Usual, Customary, and Reasonable (UCR) basis, subject to Policy exclusions, limitations, and conditions for the charges listed, if they are:

- Incurred as a result of illness or accidental bodily injury
- Medically Necessary
- Ordered by a Physician or Specialist
- Delivered in an appropriate medical setting.

Claims may be submitted to Us directly by the Provider or medical care facility. It is recommended they be submitted within 90 days.

Medical, Prescription Medication and Dental Claims

Claim forms should be submitted only when the medical service Provider does not bill Us directly, and when you have Out-of-Pocket expenses to submit for reimbursement. In order for claims payment to be made, claims must be submitted in a form acceptable to Us as per the below.

To claim, email to: [dcare@healthwatch.gr](mailto:dcare@healthwatch.gr)

Reimbursement Options

Claims reimbursements will be made to the Insured Person by:

- Direct to your bank account
- Cheques will only be sent to the Insured where electronic payment is not possible



**Συντονισμός Παροχών**

Όταν εσείς ή τα εξαρτώμενα από εσάς πρόσωπα, έχετε πρόσθετη ασφαλιστική κάλυψη βάσει άλλου ασφαλιστηρίου συμβολαίου για τις ίδιες παροχές, τότε οι παροχές που διατίθενται βάσει αυτού του παρόντος Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου θα μειωθούν έτσι ώστε να αποφευχθεί η διπλή καταβολή των παροχών που διατίθενται βάσει του άλλου ασφαλιστηρίου συμβολαίου, συμπεριλαμβανομένων των παροχών που θα ήταν πληρωτέες εάν είχατε υποβάλει αξίωση για αυτές.

**Υποκατάσταση**

Εάν εσείς ή οι τα εξαρτώμενα πρόσωπα λαμβάνετε οφέλη βάσει αυτού του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου που προκύπτουν από γεγονός για το οποίο ένα τρίτο μέρος είναι ή μπορεί να είναι υπεύθυνο, τότε εσείς και τα εξαρτώμενα μέλη έχετε συγκεκριμένες υποχρεώσεις και εμείς έχουμε συγκεκριμένα δικαιώματα υποκατάστασης και αποζημίωσης.

**Παροχή απαραίτητων πληροφοριών**

Ενδέχεται να είναι αναγκαίο να ζητήσουμε έναν πλήρη ιατρικό φάκελο για εσάς ή τα εξαρτώμενα πρόσωπα για σκοπούς ελέγχου των αξιώσεων αποζημίωσης ή για σκοπούς διαχείρισης του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου. Μπορεί επίσης να κριθεί απαραίτητη η κοινοποίηση των πληροφοριών αυτών σε επιτροπή ιατρικής αξιολόγησης ή σε έναν αντασφαλιστή. Η δημοσιοποίηση εμπιστευτικών πληροφοριών σε τρίτους θα γίνεται μόνο με γραπτή συγκατάθεση του Ασφαλισμένου.

**Ψευδείς Απαιτήσεις Αποζημίωσης**

Εάν οποιαδήποτε αξίωση αποζημίωσης που αφορά το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο κριθεί δόλια ή αβάσιμη, όλα τα οφέλη που έχουν καταβληθεί ή/και θα καταβάλλονταν σε σχέση με την συγκεκριμένη αξίωση, καταπίπτουν και, εάν και ένα κριθεί σκόπιμο θα είναι απαιτητά.

**ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ**

Από πλευράς μας δεσμευόμαστε να παρέχουμε στους Ασφαλισμένους μας ένα εξαιρετικό επίπεδο εξυπηρέτησης και φροντίδας. Κάποιες φορές τα πράγματα ενδέχεται να μην εξελιχθούν όπως επιθυμούμε ή ενδέχεται να υπάρξουν περιπτώσεις που η υπηρεσία που λάβατε να μην ήταν επαρκής για εσάς. Εάν συμβεί αυτό, επικοινωνήστε μαζί μας και δώστε μας την ευκαιρία να διορθώσουμε την κατάσταση και να επανακτήσουμε την εμπιστοσύνη σας.

**Με ποιον θα επικοινωνήσετε;**

Για να αντιμετωπιστεί το παράπονό σας όσο το δυνατόν πιο γρήγορα και αποτελεσματικά:

- Βεβαιωθείτε ότι μιλάτε στο σωστό άτομο και
- Βεβαιωθείτε ότι παρέχετε τις απαραίτητες πληροφορίες.

**Όταν επικοινωνείτε μαζί μας**

Δώστε τις ακόλουθες πληροφορίες:

Το όνομά σας, τον αριθμό τηλεφώνου και τη διεύθυνση email σας.

Τον αριθμό του συμβολαίου σας ή/και τον αριθμό της απαίτησης αποζημίωσης καθώς και το πρόγραμμα παροχών (ιατρικά) με το οποίο είστε ασφαλισμένος, και

Εξηγήστε ξεκάθαρα και συνοπτικά τον λόγο της καταγγελίας σας.

**Υποβολή παραπόνου**

Εάν το παράπονό σας σχετίζεται με:

**1. Τη πώληση του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου που αγοράσατε ή οποιαδήποτε πληροφορία σας δόθηκε κατά τη διαδικασία πώλησης:**

Εάν αγοράσατε το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο σας μέσω μεσίτη ή άλλου ασφαλιστικού διαμεσολαβητή, επικοινωνήστε πρώτα μαζί του.

Εάν αγοράσατε το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο απευθείας από εμάς είτε από τοπικό αντιπρόσωπο, είτε χρησιμοποιώντας τον ιστότοπο μας ή μέσω ομαδικού προγράμματος παροχών, επικοινωνήστε μαζί μας κατ' αρχάς απευθείας στη διεύθυνση:

**AKD Insurance Agents, Sub-Agents & Consultants Ltd**

**Ραφαήλ Σάντι 5, Γραφείο 1ου ορόφου 101, 6052 Λάρνακα, Κύπρος**

**Τηλ: +357 24 822 622, Φαξ: +357 24 822 623, Email: dcare@akdinsurance.eu**

**2. Απαίτηση αποζημίωσης, τους όρους και τις προϋποθέσεις του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου ή άλλες πληροφορίες σχετικά με τις παροχές:**

Παράπονα που σχετίζονται με άρνηση απαίτησης θα πρέπει να υποβάλλονται το συντομότερο δυνατό.

Θα εξετάσουμε τις πληροφορίες που θα μας δώσετε και σε περίπτωση που δεν λάβετε απάντηση εντός 10 εργάσιμων ημερών, θα σας παράσχουμε απόδειξη παραλαβής του παραπόνου σας εντός προθεσμίας που δεν υπερβαίνει τις 10 εργάσιμες ημέρες από την παραλαβή του παραπόνου. Δεσμευόμαστε να απαντήσουμε σε κάθε καταγγέλλοντα χωρίς περιττή καθυστέρηση το αργότερο εντός 30 ημερών από την ημερομηνία παραλαβής της καταγγελίας του/της, εκτός εάν η πολυπλοκότητα του αιτήματος απαιτεί εκτενή ανάλυση, οπότε σε αυτή την περίπτωση θα ενημερώσουμε για τα αίτια της καθυστέρησης και την προβλεπόμενη ημερομηνία ανταπόκρισης στο αίτημα σας.

Εάν δεν είστε ικανοποιημένοι με την τελική μας απάντηση ή τις ενέργειές μας και πιστεύετε ότι το ζήτημα δεν έχει επιλυθεί ικανοποιητικών, τότε έχετε τη δυνατότητα προχωρήσετε περαιτέρω το θέμα όπως ορίζεται παρακάτω:

1. Ενδέχεται να παραπέμψετε το θέμα στον Χρηματοοικονομικό Επίτροπο της Κυπριακής Δημοκρατίας, ο οποίος μπορεί να σας συμβουλευτεί για το πώς να προχωρήσετε περαιτέρω ή / και μπορεί να είναι σε θέση να βοηθήσει στην επίλυση του προβλήματός. **Ταχυδρομική Διεύθυνση: ΤΚ 25735, 1311 ΛΕΥΚΩΣΙΑ, Τ.Κ. 226722, 1647 Λευκωσία, Κύπρος**  
**Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου: complaints@financialombudsman.gov.cy**  
**Ιστοσελίδα: <http://www.financialombudsman.gov.cy/>**  
**Τηλέφωνο 0035722848900, Φαξ 0035722660584**

2. Εάν παραμένετε δυσαρεστημένοι, μπορείτε να απευθυνθείτε στον ασφαλιστή του συμβολαίου σας, την HDI Global Specialty SE, στέλνοντας το παράπονό σας στη διεύθυνση: **complaints@hdi-specialty.com**  
ή  
Στα κεντρικά μας γραφεία: **HDI-Platz 1, 30659 Αννόβερο, Γερμανία**

**Διαδικτυακές Πωλήσεις**

Εάν ως Ασφαλισμένος, είστε καταναλωτής σύμφωνα με τον κανονισμό για την Επίλυση Διαφορών στο Διαδίκτυο (ODR) (Κανονισμός (ΕΕ) 524/2013) και αγοράσατε το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο σας ηλεκτρονικά, μπορείτε επιπρόσθετα να υποβάλετε παράπονο μέσω της ηλεκτρονικής πλατφόρμας επίλυσης διαφορών (ODR) της ΕΕ. Ο σύνδεσμος για την πλατφόρμα ODR είναι: <http://ec.europa.eu/odr>

**Coordination of Benefits**

When you or your Insured Dependents have coverage under another insurance contract for the same benefits, the benefits available under this Policy will be reduced to avoid duplication of benefits available under the other contract including benefits that would have been payable had you filed a claim for them.

**Subrogation**

If you or your Insured Dependents receive benefits under this Policy that result from an event for which a third party is or may be liable, you and your Dependents have certain obligations and We have certain subrogation and reimbursement rights.

**Releasing Necessary Information**

It may be necessary for Us to request a complete medical file on you or an Insured Dependent for the purpose of claims review or administration of the Policy. It may also be necessary to share such information with a medical or utilization review board, or a reinsurer. The release of such confidential medical information will only be with the written consent of the Insured.

**Fraudulent Claims**

If any claim under this Policy is in any respect fraudulent or unfounded, all benefits paid and/or payable in relation to that claim shall be forfeited and, if appropriate, recoverable.

**COMPLAINTS PROCEDURE**

We are committed to providing Insureds with an exceptional level of service and customer care. Sometimes things can go wrong or there may be occasions when the service provided to you was not adequate. When this happens, please contact us and give us the opportunity to correct the situation and earn back your trust.

**Who to Contact?**

The most important factors in getting your complaint dealt with as quickly and efficiently as possible are:

- Be sure you are talking to the right person; and
- That you are providing the necessary information.

**When You Contact Us**

Please provide the following information:

Your name, telephone number, and email address;

Your Policy and/or claim number and the plan of benefits (medical) you are insured for; and

Please explain clearly and concisely the reason for your complaint.

**Making a Complaint**

If your complaint relates to:

**1. The sale of the Policy you purchased or any information you were given during the sales process:**

If you purchased the Policy using a broker or other intermediary, please contact them first.

If you purchased the Policy directly from us either from a local representative, using the website, or through a group plan of benefits, please contact us in the first instance directly at:

**AKD Insurance Agents, Sub-Agents & Consultants Ltd**

**5, Rafael Santi, 1<sup>st</sup> Floor Office 101, 6052 Larnaca, Cyprus**

**Tel: +357 24 822 622, Fax: +357 24 822 623, Email: dcare@akdinsurance.eu**

**2. A claim for benefits, the terms and conditions of the Policy, or other benefit-related information:**

Complaints related to a claim denial should be submitted as soon as possible.

We will review the information and provide an acknowledgement of receipt within a period not exceeding 10 working days from receipt of the complaint unless the response itself is provided to the complainant within that period. We undertake to respond to each complainant without unnecessary delay and in all cases within a period of 30 days from the date of receipt of his/her complaint, except where the complexity of the request requires an extensive analysis, in which case we will indicate the causes of the delay and the foreseeable date of its response.

If You are not happy with Our final response, or actions, and feel that the matter has not been resolved to Your satisfaction, then You may be able to take the matter further as set out below:

1. You may be entitled to refer the matter to The Financial Ombudsman of the Republic of Cyprus who can advise You on how to proceed further and may be able to help in resolving the problem.

**Postal Address: PC 25735, 1311 NICOSIA, PO. 226722, 1647 Nicosia, Cyprus**

**Email address: complaints@financialombudsman.gov.cy**

**Website: <http://www.financialombudsman.gov.cy/>**

**Tel: +357 22848900, Fax: +357 22660584**

2.If you remain dissatisfied, you may refer your complaint to your policy's underwriter, HDI Global Specialty SE by sending to: **complaints@hdi-specialty.com**

Or

To our Head Office: **HDI-Platz 1, 30659 Hannover, Germany**

**Online Sales**

If you, as the Insured, are a consumer under the Online Dispute Resolution (ODR) regulation (Regulation (EU) 524/2013) and purchased the Policy online, you may also make a complaint via the EU's online dispute resolution (ODR) platform. The website for the ODR platform is: <http://ec.europa.eu/odr>

## 9. ΓΕΝΙΚΟΙ ΟΡΟΙ

1. Το Ασφαλισμένο Πρόσωπο θα λάβει όλες τις εύλογες προφυλάξεις προκειμένου να αποτρέψει οτιδήποτε μπορεί να προκαλέσει μια απαίτηση βάσει του παρόντος Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου.
2. Εάν λάβει χώρα ένα συμβάν βάσει του οποίου δυνάμει της παρούσας κάλυψης, δίδεται η δυνατότητα διεκδίκησης αποζημίωσης, το Ασφαλισμένο Πρόσωπο θα πρέπει να ειδοποιήσει άμεσα την HealthWatch δίνοντας όλα τα σχετικά στοιχεία καθώς και τον αριθμό του Ασφαλιστηρίου.
3. Σε περίπτωση ασθένειας ή ατυχήματος, το Ασφαλισμένο Πρόσωπο υποχρεούται να συνεργαστεί με σκοπό την ταχύτερη δυνατή ανάρρωση του, ακολουθώντας τη συμβουλή του γιατρού, προβαίνοντας σε οποιαδήποτε ιατρική εξέταση κριθεί απαραίτητη ή οποιαδήποτε παρακολούθηση εντός νοσοκομείου που ορίζεται κατάλληλη, σύμφωνα με την αξιολόγηση μας.
4. Το Ασφαλισμένο Πρόσωπο δηλώνει (στο Έντυπο της Αίτησης Ασφάλισης), όλα τα ουσιαστικά γεγονότα που ενδέχεται να επηρεάσουν το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο. Σε αντίθετη περίπτωση τα δικαιώματα απαίτησης ενδέχεται να επηρεαστούν. Εάν το Ασφαλισμένο Πρόσωπο δεν είναι βέβαιο ως προς το τι αποτελεί «ουσιαστικό γεγονός», τότε θα πρέπει να μας το γνωστοποιήσει. Διατηρούμε το δικαίωμα να τροποποιήσουμε τους όρους του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου ή να ακυρώσουμε την κάλυψη για ένα Ασφαλισμένο Πρόσωπο μετά από αλλαγή του ασφαλισμένου κινδύνου.
5. Όταν το Ασφαλισμένο Πρόσωπο υποβάλλεται σε ιατρική περίθαλψη για τραυματισμό ή ασθένεια, μπορεί να υποβάλει απαίτηση από την έναρξη της θεραπείας έως ότου επιβεβαιωθεί ιατρικά ότι η θεραπεία δεν του είναι πλέον απαραίτητη, ή μέχρι τη λήξη της περιόδου ασφάλισης για την οποία έχει το ασφάλιστρο έχει καταβληθεί, όποιο από τα δύο είναι νωρίτερα. Όταν υποβάλλεται αξίωση αποζημίωσης για ιατρικά έξοδα και το Ασφαλισμένο Πρόσωπο προχωρά στη συνέχεια σε αξίωση αποζημίωσης για άσχετο Τραυματισμό ή Ασθένεια, δηλαδή που δεν σχετίζεται με κανέναν τρόπο με τον προηγούμενο Τραυματισμό ή Ασθένεια, η επόμενη αξίωση θα θεωρείται ως νέα απαίτηση.
6. Διατηρούμε το δικαίωμα να εξετάσουμε οποιοδήποτε Ασφαλισμένο Πρόσωπο αποτελεί αντικείμενο αξίωσης αποζημίωσης βάσει του Παρόντος Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, μέσω των ιατρικών του εκπροσώπων, όποτε και όσο συχνά μπορεί ευλόγως να απαιτηθεί κατά τη διάρκεια της αξίωσης.
7. Διατηρούμε το δικαίωμα να απαιτήσουμε τη διενέργεια αυτοψίας σε περίπτωση θανάτου, υπό την προϋπόθεση ότι αυτή η αυτοψία δεν απαγορεύεται από τη νομοθεσία.
8. Η HealthWatch ή ένας ιατρικός αντιπρόσωπός μας, φέρει την πλήρη εξουσιοδότηση να λάβει όλες τις ιατρικές συμβουλές και πληροφορίες για τη διαχείριση της απαίτησης.
9. Σε περίπτωση οποιασδήποτε πληρωμής στο πλαίσιο του παρόντος Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, ο Ασφαλιστής θα υποκατασταθεί σε όλα τα δικαιώματα ανάκτησης του Ασφαλισμένου Προσώπου δηλαδή, έναντι οποιουδήποτε προσώπου ή οργανισμού. Το Ασφαλισμένο πρόσωπο υποχρεούται να εκτελέσει και να παραδώσει τα σχετικά εργαλεία και έγγραφα καθώς και να πράξει οτιδήποτε κριθεί απαραίτητο προκειμένου να διασφαλίσει τα δικαιώματα ανάκτησης. Το Ασφαλισμένο Πρόσωπο επίσης δεσμεύεται να πράξει μετά την αξίωση με τρόπο που δεν βλάπτονται τα δικαιώματα ανάκτησης.
10. Εάν εσείς, ή οποιοσδήποτε ενεργεί δια λογαριασμό σας, υποβάλετε μια ψευδή απαίτηση, για παράδειγμα μια ζημία που προκαλείται με δόλο ή/και υπερβολή και/ή υποστηρίζεται από δόλιες δηλώσεις ή/ και τεκμήρια, εμείς:
  - a. Δεν είμαστε υποχρεωμένοι να καλύψουμε την απαίτηση σας
  - β. Ενδέχεται να διεκδικήσουμε από εσάς την ανάκτηση ποσών που καταβλήθηκαν από εμάς σε εσάς σχετικά με την ψευδή απαίτηση
  - γ. Ενδέχεται να σας στείλουμε ειδοποίηση για ακύρωση του παρόντος Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου με ισχύ από τη χρονική στιγμή της ψευδούς πράξης. Εάν ασκήσουμε το δικαίωμά μας σύμφωνα με το (γ) ως άνωθεν:
    - (i) Δεν φέρουμε καμία ευθύνη απέναντί σας για γεγονότα που συνέβη μετά το χρόνο της δόλιας πράξης. Ως σχετικό γεγονός ορίζεται οτιδήποτε δημιουργεί δική μας ευθύνη βάσει του παρόντος Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου (όπως για παράδειγμα η έλευση ζημιάς, η υποβολή αξίωσης αποζημίωσης ή η ειδοποίηση μιας πιθανής απαίτησης) και
    - (ii) Δεν θα έχουμε την υποχρέωση να επιστρέψουμε το ασφάλιστρο που καταβλήθηκε.
11. Ούτε ο Ασφαλιστής αλλά ούτε και ο Ασφαλιζόμενος φέρουν ευθύνη για την ποιότητα της περίθαλψης που λαμβάνεται από οποιοδήποτε ίδρυμα ή άτομο. Το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο δεν παρέχει στον Ασφαλισμένο καμία αξίωση, δικαίωμα ή αιτία αγωγής κατά του Ασφαλιστή ή του Κυρίως Ασφαλιζόμενου βάσει πράξης παράλειψης ή εντολής Νοσοκομείου, Ιατρού ή άλλου παρόχου φροντίδας ή υπηρεσίας.
12. Το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο διέπεται και ερμηνεύεται σύμφωνα με τους νόμους της χώρας που αναφέρονται στο Πιστοποιητικό Ασφάλισης.
13. Το παρόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο συντάχθηκε αρχικά στην Αγγλική γλώσσα. Η αγγλική έκδοση του παρόντος αποτελεί το πρωτότυπο κείμενο για όλους τους σκοπούς και θα περιλαμβάνει τους κανόνες που διέπουν την κατανόηση μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών. Σε περίπτωση οποιασδήποτε σύγκρουσης μεταξύ της αγγλικής έκδοσης του παρόντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου και οποιασδήποτε μεταγενέστερης μετάφρασης σε οποιαδήποτε άλλη γλώσσα, υπερέχει η έκδοση στην Αγγλική γλώσσα.

## 9. GENERAL POLICY CONDITIONS

1. The Insured Person shall take all reasonable precautions to prevent anything happening which may give rise to a claim under this Policy.
2. If an event takes place on the strength of which payment may be claimed by virtue of this cover the Insured Person must notify this immediately to HealthWatch giving all particulars and the Policy number.
3. In the event of Illness or Accident the Insured Person shall be obliged to cooperate in the speediest possible recovery by following the doctor's advice, and in any medical examination desired by Us, or any observation in a hospital designated by it, all this for account of Us.
4. The Insured Person shall declare to Us (in the application form), all material facts that are likely to affect this insurance. Failure to do so may prejudice entitlement to claim. If an Insured Person is uncertain as to what constitutes a material fact, then it should be disclosed to Us. We reserve the right to alter the Policy terms or cancel cover for an Insured Person following a change of risk.
5. When an Insured Person undergoes medical treatment for Injury or Illness, he/she may claim from the commencement of treatment until such time as it is medically confirmed that treatment is no longer necessary or the expiry of the period of insurance for which the premium has been paid, whichever is earlier. When a claim is made for Medical Expenses and the Insured Person subsequently claims for an unrelated Injury or Illness that is not in any way connected with the former Injury or Illness the subsequent claim will be regarded as a new claim.
6. We shall have the right through their medical representatives to examine any Insured Person who is the subject of a claim under this Policy whenever and as often as they may reasonably require within the duration of such claim.
7. We shall have the right to require an autopsy in the case of death provided that such autopsy is not forbidden by law.
8. HealthWatch or a medical representative of Us shall have full authority to obtain all medical advice and information for administration of the claim.
9. In the event of any payment under this Policy, the Insurer shall be subrogated to all the Insured Person's rights of recovery therefore against any person or organization and the Insured Person shall execute and deliver instruments and papers and do whatever else is necessary to secure such rights. The Insured Person shall do nothing after loss to prejudice such rights.
10. If You, or anyone acting for You, makes a fraudulent claim, for example, a loss which is fraudulently caused and/or exaggerated and/or supported by a fraudulent statement or other device, We:
  - a. will not be liable to pay the claim; and
  - b. may recover from You any sums paid by Us to You in respect of the claim; and
  - c. may by notice to You treat this Policy as having been terminated with effect from the time of the fraudulent act.
 If We exercise Our right under (c) above:
  - (i) We shall not be liable to You in respect of a relevant event occurring after the time of the fraudulent act. A relevant event is whatever gives rise to Our liability under this Policy (such as the occurrence of a loss, the making of a claim, or the notification of a potential claim); and
  - (ii) We need not return any of the Premium paid.
11. Neither We nor the Policyholder is responsible for the quality of care received from any institution or individual. This Policy does not give the Insured any claim, right or cause of action against Insurer or Policyholder based on an act of omission or commission of a Hospital, Physician or other provider of care or service.
12. This Policy is governed by, and shall be construed in accordance with, the laws of the country stated in the Certificate of Insurance.
13. This Policy has been originally drafted in English. For all purposes, this English language version of this Policy shall be the original, governing instrument and understanding of the parties. In the event of any conflict between this English language version of the Policy and any subsequent translation into any other language, this English language version shall govern and control.



## 10. ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Ο Ασφαλιστής δεν υποχρεούται να παρέχει κάλυψη και δεν θεωρείται υπεύθυνος να καταβάλει οποιαδήποτε απαίτηση αποζημίωσής ή να καταβάλει οποιοδήποτε όφελος βάσει του παρόντος Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, στο βαθμό που η παροχή της κάλυψης, η πληρωμή της απαίτησής ή η παροχή του οφέλους θα εκθέσει τον Ασφαλιστή σε οποιαδήποτε κύρωση, απαγόρευση ή περιορισμό, βάσει ψηφισμάτων των Ηνωμένων Εθνών ή των εμπορικών ή οικονομικών κυρώσεων, νόμων ή κανονισμών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, του Ηνωμένου Βασιλείου ή των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής. Εκτός εάν αναφέρεται διαφορετικά στο Πρόγραμμα Παροχών, τα ακόλουθα εξαιρούνται από την κάλυψη βάσει του παρόντος Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου:

1. Καλύπτονται μόνο παροχές που αναφέρονται στο παρόν Πρόγραμμα Παροχών.
2. Ιατρική περίθαλψη για Προϋπάρχουσα Κατάσταση που δηλώνεται στη δήλωση υγείας ή σε σχέση με Χρόνιες Καταστάσεις ή Αιμοκάθαρση πριν από τη λήξη της 12μηνιας Περιόδου Αναμονής. Ιατρική θεραπεία για HIV/AIDS πριν από τη λήξη της 12μηνιας περιόδου αναμονής. Επιδόματα μητρότητας πριν από τη λήξη της 12μηνιας Περιόδου Αναμονής. Οδοντιατρικά επιδόματα Κατηγορίες 1-4 πριν από τη λήξη της περιόδου αναμονής των 3 μηνών.
3. Χρεώσεις που υπερβαίνουν το σύνθετο, το κοινό και το εύλογο ποσό: Οποιοδήποτε τμήμα οποιασδήποτε χρέωσης που υπερβαίνει το συννηθισμένο, το κοινό και εύλογο ποσό για τη συγκεκριμένη υπηρεσία ή θεραπεία για τη συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή.
4. Το ποσό απαλλαγής ή συνασφάλισης, όπως αναφέρεται στο Πιστοποιητικό Ασφάλισης.
5. Χρεώσεις που πραγματοποιήθηκαν πριν από την Ημερομηνία Ισχύος και μετά την Ημερομηνία Λήξης: Οι αξιώσεις και τα έξοδα για ιατρική περίθαλψη που προκύπτουν πριν από την ημερομηνία έναρξης ισχύος της κάλυψης (συμπεριλαμβανομένων των περιόδων αναμονής) ή μετά την ημερομηνία λήξης του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου δεν καλύπτονται, συμπεριλαμβανομένου και οποιοδήποτε τμήματος μιας καλυπτόμενης συνταγής που θα χρησιμοποιηθεί μετά τη λήξη της ισχύος του παρόντος Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου.
6. Παρόνομες Δραστηριότητες: Ασθένειες και τραυματισμοί και τα συναφή με αυτές ιατρικά κόστη που προκύπτουν ή προκύπτουν από ή προκύπτουν κατά τη διάπραξη ή τη παραβίαση της νομοθεσίας.
7. Χρεώσεις που αποζημιώνονται από τρίτους: Οι υπηρεσίες, οι ιατρικές προμήθειες ή οι θεραπείες που παρέχονται από ή καλύπτονται από: α) Εργατική Νομοθεσία, νόμο περί επαγγελματικής ασφάλισης ή παρόμοιο νόμο σχετικά με συνθήκες εργασίας οποιασδήποτε χώρας. ή β) Άλλη ασφαλιστική εταιρεία ή κυβέρνηση ή γ) Κυβερνητικό φορέα λόγω επιδημίας ή δημόσιας έκτακτης ανάγκης.
8. Οποιοδήποτε δαπάνη σχετίζεται με επιχειρήσεις έρευνας και διάσωσης για την εύρεση Ασφαλισμένου Προσώπου σε βουνά, στη θάλασσα, στην έρημο, στη ζούγκλα και σε παρόμοιες απομακρυσμένες τοποθεσίες, συμπεριλαμβανομένων των χρεώσεων αεροπορικής/θαλάσσιας διάσωσης για εκκένωση στην ακτή από σκάφος ή από τη θάλασσα.
9. Μη Καλυπτόμενες Θεραπείες: Θεραπεία οποιασδήποτε ασθένειας ή τραυματισμού ή χρεώσεις σχετικές που: α) Δεν έχουν διαταχθεί ή δεν συνιστανται από ιατρό, ή, β) Δεν είναι ιατρικά απαραίτητες, ή, γ) Δεν παρέχονται στο πλαίσιο της ιατρικής άδειας ή δ) Δεν αναγνωρίζονται επαγγελματικά ή κρίνονται ότι δεν είναι απαραίτητες για την κατάλληλη θεραπεία από τον Ασφαλιστή.
10. Μη Ιατρική Περίθαλψη: Υπηρεσίες που σχετίζονται με φύλαξη, φροντίδα ανάπαυλας, φροντίδα στο σπίτι, βοήθεια με Δραστηριότητες Καθημερινής Διαβίωσης (ADL) ή Θεραπεία Milieu. Οποιαδήποτε εισαγωγή σε οικο ευηγρίας, γηροκομείο, μονάδα μακροχρόνιας περίθαλψης, υγειονομικό κέντρο, σπα, υδροθεραπευτήριο ή παρόμοιες εγκαταστάσεις. Οποιαδήποτε εισαγωγή κανονίζεται εξ ολοκλήρου ή εν μέρει για οικιακούς λόγους, όπου το Νοσοκομείο ουσιαστικά γίνεται ή θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί ως κατοικία ή μόνιμη κατοικία του Ασφαλισμένου.
11. Πειραματικές Υπηρεσίες: Υπηρεσίες, προμήθειες ή θεραπείες, συμπεριλαμβανομένων φαρμάκων, που θεωρούνται ότι είναι πειραματικές ή ερευνητικές ή που δεν αναγνωρίζονται ιατρικά για τη θεραπεία μιας συγκεκριμένης διάγνωσης.
12. Έξοδα δότη μεταμόσχευσης οργάνων: Η αναζήτηση δότη και οι ιατρικές υπηρεσίες δότη δεν καλύπτονται από την κάλυψη μεταμόσχευσης. Εξαιρούνται επίσης η αποθήκευση μυελού των οστών, βλαστοκυττάρων ή άλλου ιστού ή κυττάρου και όλα τα έξοδα για κρυοσυντήρηση άνω των 24 ωρών.
13. Φάρμακα και άλλα φαρμακευτικά σκευάσματα που μπορούν να αγοραστούν χωρίς συνταγή γιατρού και φάρμακα ρουτίνας ή προληπτικά, εμβολιασμοί και εξετάσεις συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά, προϊόντων αποκατάστασης και διατροφής, προϊόντων αδυνατίσματος ή προϊόντων ελέγχου βάρους, τονωτικά, φαρμακευτικά κρασιά, προϊόντα μουρουνέλιου, προϊόντα βιταμινών, καθαρτικά ή Καλλυντικά, παιδικά τρόφιμα και βρεφικά προϊόντα εκτός από αυτά που συνταγογραφούνται για ιατρική πάθηση που καλύπτεται από το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο.
14. Διακοπή καπνίσματος: Θεραπείες είτε συνιστώνται από Ιατρό είτε όχι.
15. Θεραπεία που σχετίζεται με την αποτοξίνωση, την αποκατάσταση και όλες τις υπηρεσίες υποστήριξης (π.χ. Ψυχίατροι, ομάδες υποστήριξης, προγράμματα απεξάρτησης από τον εθισμό).
16. Θεραπεία οποιασδήποτε ασθένειας ή τραυματισμού που προκύπτει άμεσα ή έμμεσα από το αλκοόλ ή άλλο εθισμό, ή οποιονδήποτε φαρμάκων ή φαρμακευτικών σκευασμάτων που δεν λαμβάνονται σύμφωνα με τη δόσολογία ή για τον σκοπό που έχουν συνταγογραφηθεί.
17. Θεραπεία και υπηρεσίες που σχετίζονται με μολυσματικές ασθένειες που έχουν κηρυχθεί ως έξαρση, επιδημία ή δημόσια έκτακτη ανάγκη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO - ΠΟΥ), το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) ή οποιαδήποτε άλλη κυβέρνηση ή κρατική υπηρεσία ή κυβερνητικό όργανο η χώρα στην οποία εκδηλώθηκε η έξαρση ή η επιδημία. Επιπλέον, τέτοια κάλυψη εξαιρείται επίσης εάν έχει εκδοθεί επίσημη προειδοποίηση κατά του ταξιδιού στην περιοχή, από Υπουργείο Εξωτερικών, Πρεσβεία, Αεροπορική Εταιρεία ή άλλη κρατική υπηρεσία, πριν από το ταξίδι στην πληγείσα χώρα. Αυτή η εξαίρεση δεν θα ισχύει εάν η έκθεση συμβεί κατά λάθος ή εν αγνοία σας κατά τη διάρκεια ταξιδιού προς ή από περιοχές που δεν έχουν δηλωθεί σε κίνδυνο ή εάν η έκθεση προκύπτει ως αποτέλεσμα της διαμονής ή της εργασίας στην περιοχή πριν από το ξέσπασμα.
18. Υπηρεσίες Συμβουλευτικής (Μη Ιατρικές) και Εξεταστικές Υπηρεσίες: Μη ιατρικές συμβουλευτικές υπηρεσίες συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά, συμβουλευτικής για γάμο και οικογένεια, εκπαιδευτική συμβουλευτική, τεστ επάρκειας και εκπαιδευτικές δοκιμασίες και υπηρεσίες.
19. Ιατρικές Γνωματεύσεις: Παρέχονται από πάροχο που είναι μέλος της οικογένειας του Ασφαλισμένου ή γίνονται μέσω τηλεφώνου, ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, διαδικτύου και τηλεϊατρικής.
20. Χαμένα ραντεβού.
21. Έξοδα που πραγματοποιούνται για την παροχή ακουστικών βαρηκοΐας, προθέσεων ή ιατρικών συσκευών ή διορθωτικών συσκευών, εκτός εάν ο γιατρός του Ασφαλισμένου Προσώπου κρίνει ότι είναι ιατρικά απαραίτητα μετά σωματικό τραυματισμό λόγω ατυχήματος ή ασθένειας που καλύπτονται από το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο.
22. Αισθητική και εκλεκτική χειρουργική για μη ιατρικούς λόγους: Θεραπείες, διαδικασίες ή φάρμακα που προορίζονται κυρίως για βελτίωση, ενίσχυση ή αλλαγή της εμφάνισής του Ασφαλισμένου Προσώπου, εκτός εάν απαιτούνται λόγω τραυματισμού (όχι λόγω επαγγέλματος) που ενόσω το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο είναι εν ισχύ. Δεν καλύπτονται επίσης ιατρικές επιπλοκές που προκύπτουν από τέτοιες θεραπείες ή διαδικασίες.
23. Δερματικές παθήσεις: Ακμή, ροδόχρους ακμή, δερματικές κηλίδες και οποιαδήποτε άλλη θεραπεία για την βελτίωση της εμφάνισης του δέρματος, εκτός από την κυστική ή φλυκταινώδη ακμή.
24. Διεμφυλική Χειρουργική: Ιατρική ή ψυχολογική συμβουλευτική, ορμονική θεραπεία για την προετοιμασία ή μεταγενέστερη οποιασδήποτε τέτοιας επέμβασης, χειρουργικές επεμβάσεις και οποιοδήποτε άλλες δαπάνες που σχετίζονται με την αλλαγή φύλου, συμπεριλαμβανομένων των επιπλοκών που προκύπτουν από τέτοιες διαδικασίες.

## 10. EXCLUSIONS AND LIMITATIONS

The Insurer shall not be deemed to provide cover and shall not be liable to pay any claim or provide any benefit under this Policy to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such benefit would expose the Insurer to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, the United Kingdom or the United States of America.

Unless stated otherwise on the Schedule of Benefits, the following are excluded from coverage under this Policy.

1. Only those benefits stated within the Schedule of Benefits shall be operative.
2. Medical treatment for a Pre-existing Condition declared on the health statement, or in respect of Chronic Conditions or Kidney Dialysis before the 12-month Waiting Period has expired. Medical treatment for HIV/AIDS before the 12-month Waiting Period has expired. Maternity benefits before the 12-month Waiting Period has expired. Dental benefits Classes 1-4 before the 3-month Waiting Period has expired.
3. Charges in Excess of Usual, Customary, and Reasonable: Any portion of any charge in excess of the Usual, Customary, and Reasonable amount for the particular service or treatment for the specific geographical area.
4. The amount of the Policy excess/deductible or co-insurance/co-pay, as stated on the Certificate.
5. Charges Incurred before the Effective Date and after the Expiration Date: Claims and costs for medical treatment occurring before the effective date of coverage (including waiting periods) or after the expiration date of the Policy are not covered. This includes any portion of a covered prescription to be used after the expiration of the current Policy Period.
6. Illegal Activities: Illnesses and Injuries and their associated medical costs resulting or arising from or occurring during the commission or perpetration of a violation of law.
7. Charges Reimbursable by Another Entity: Services, supplies, or treatment that are provided by or payment is available from: a) Workers' Compensation law, occupational disease law or similar law concerning job-related conditions of any country; or; b) Another insurance company or government; or c) A government entity due to an epidemic or public emergency.
8. Any expenses relating to search and rescue operations to find an Insured Person in mountains, at sea, in the desert, in the jungle and similar remote locations including air/sea rescue charges for evacuation to shore from a vessel or from the sea.
9. Non-Covered Treatments: Treatment of any illness or injury, or charges relating to such that is: a) Not ordered or recommended by a Physician, or, b) Not Medically Necessary, or, c) Not rendered under the scope of the Physician's licensing; or d) Not professionally recognized or is determined by Insurer to be unnecessary for proper treatment.
10. Non-Medical Care: Services related to custodial care, respite care, home-like care, assistance with Activities of Daily Living (ADL), or Milieu Therapy. Any admission to a nursing home, home for the aged, long-term care facility, sanitarium, spa, hydro clinic, or similar facilities. Any admission arranged wholly or partly for domestic reasons, where the Hospital effectively becomes or could be treated as the Insured Person's home or permanent abode.
11. Experimental Services: Services, supplies or treatments, including medications, which are deemed to be experimental or investigational or that are not medically recognized for a specific diagnosis.
12. Organ Transplant Donor Expenses: Donor search and donor medical services are not covered under the transplant benefit. Storage of bone marrow, stem cell, or other tissue or cell, and all expenses for cryopreservation of more than 24 hours are also excluded.
13. Drugs and other medicines that can be purchased without a physician's prescription and routine or preventative medicines, vaccinations and check-ups including but not limited to; Restorative and nutritional products; Slimming products or weight control products, Tonics, medicinal wines, cod-liver oil products; Vitamin products; Laxatives; or Cosmetics Children's food and baby products other than those prescribed for a medical condition covered under the Policy.
14. Smoking Cessation: Treatments whether or not recommended by a Physician.
15. Treatment related to detoxification, rehabilitation, and all support services (e.g. Psychiatrists, support groups, addiction rehab programs).
16. Treatment of any illness or injury arising directly or indirectly from alcohol or other addiction, or any medications or medicines that are not taken in the dosage or for the purposed prescribed.
17. Treatment and services related to infectious diseases declared to be an outbreak, epidemic, or public emergency by the World Health Organization (WHO), Center for Disease Control and Prevention (CDC), or any other government or government agency or ruling body of the country where the outbreak or epidemic has occurred in. Additionally, such coverage is also excluded if there has been an official warning issued against travel to the area, by a State Department, Embassy, Airline or other governmental agency, prior to travel to the affected country. This exclusion will not apply if exposure occurs accidentally or unknowingly while travelling to or from areas not declared to be at risk, or if exposure occurs as a result of residing or working in the area prior to the outbreak.
18. Counseling (Non-Medical) and Testing Services: Non-medical counselling services including but not limited to marriage and family counseling, educational counseling, aptitude testing, and educational testing and services.
19. Consultations: provided by a Provider who is a member of the Insured Person's family, or made by Telephone, E-mail, internet, and telemedicine.
20. Missed appointments.
21. Expenses incurred for the provision of hearing aids, prostheses or medical appliances or corrective devices, unless deemed by the Insured Person's physician to be medically necessary following accidental bodily injury or illness covered under this Policy.
22. Cosmetic and Elective Surgery for Non-Medical Reasons: Treatments, procedures, or medications which are primarily for enhancement, improvement, or altering one's appearance, unless required due to a non-occupational Injury occurring while insured under this Policy. Medical complications arising from such treatments or procedures are also not covered.
23. Skin Conditions: Acne, rosacea, skin tags, and any other treatment to enhance the appearance of the skin, except for cystic or pustular acne.
24. Transsexual Surgery: Medical or psychological counseling, hormonal therapy in preparation for, or subsequent to, any such surgery, surgical procedures, and any other expenses related to sexual reassignment including the complications arising from such procedures.

25. Θεραπεία που σχετίζεται με το βάρος: Οποιαδήποτε δαπάνη, υπηρεσία ή θεραπεία για την παχυσαρκία και τον έλεγχο βάρους, οποιαδήποτε μορφή συμπληρώματος διατροφής, προγράμματα μείωσης βάρους, διατροφική συμβουλευτική ή χειρουργικές επεμβάσεις που σχετίζονται με νοσογόνο ή μη νοσογόνο παχυσαρκία. Εξαιρούνται επίσης χρεώσεις που σχετίζονται με επιπλοκές που προκύπτουν από τέτοιες θεραπείες ή χειρουργικές επεμβάσεις.
26. Ακραίοι κίνδυνοι: Θεραπεία που σχετίζεται με: α) Τραυματισμό που προκλήθηκε κατά τη συμμετοχή σε ένα επικίνδυνο ή ακραίο άθλημα ή δραστηριότητα ή προπόνηση για οποιοδήποτε επαγγελματικό άθλημα ή δραστηριότητα.
27. Γενετικός προσυμπτωματικός έλεγχος: Συμβουλευτική, προσυμπτωματικός έλεγχος, ιατρική εξέταση ή θεραπεία εν απουσία τυχόν συμπτωμάτων ή σημαντικών, αποδεδειγμένων παραγόντων κινδύνου, για γενετικά συνδεδεμένη κληρονομική νόσο.
28. Αυξητικές ορμόνες: Θεραπεία που σχετίζεται με τη διαδικασία της γήρανσης, την αύξηση της αθλητικής ικανότητας και θεραπείες ιατρικών καταστάσεων που δεν είναι γενικά αποδεκτές από την ιατρική κοινότητα ή δεν έχουν αποδεδειγμένη ιατρική αποτελεσματικότητα. Οι γενικά αποδεκτές θεραπευτικές χρήσεις αυξητικών ορμονών καλύπτονται για ιατρικές καταστάσεις που καλύπτονται από το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο.
29. Σεξουαλική δυσλειτουργία: Οποιοδήποτε διαδικασίες, ιατρικές προμήθειες ή φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της σεξουαλικής ενίσχυσης ή της σεξουαλικής δυσλειτουργίας σε άνδρες ή γυναίκες, όπως στυτική δυσλειτουργία, πρόωρη εκπεμπάση και άλλες παρόμοιες καταστάσεις.
30. Εθελοντική διακοπή κύησης εκτός από αποβολή, εκτοπική κύηση, θνησιγένεια ή όταν κινδυνεύει η ζωή της μητέρας.
31. Το συμβόλαιο δεν καλύπτει προγεννητικά μαθήματα, έξοδα μαιάς που δεν σχετίζονται με τοκετό ή επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν κατά τον προγραμματισμένο τοκετό στο σπίτι.
32. Αεροπορικά ταξίδια όταν η Ασφαλισμένη είναι άνω των 28 εβδομάδων έγκυος.
33. Μαθήματα προετοιμασίας: σχετιζόμενα με την μητρότητα ή τον τοκετό νεογνού
34. Παρένθητη Μητρότητα: Φροντίδα και θεραπευτική αγωγή για το άτομο που ενεργεί ως παρένθητη μητέρα συμπεριλαμβανομένου και του τοκετού.
35. Θεραπείες γονιμότητας/Υπογονιμότητας και έλεγχος των γεννήσεων: Οποιοδήποτε υπηρεσίες, διαδικασίες ή θεραπείες συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για: α) Αντιμέτωπιση της υπογονιμότητας, συμπεριλαμβανομένης της γονιμοποίησης in vitro (IVF), της ενδοσαλπιγγικής μεταφοράς γαμετών (GIFT), της ενδοσαλπιγγικής μεταφοράς ζυγώτου (ZIFT) και άλλων παραλλαγών αυτών των διαδικασιών και τυχόν κόστος που σχετίζεται με την προετοιμασία ή την αποθήκευση σπέρματος για τεχνητή γονιμοποίηση β) Βαζεκτομής και στείρωση εκτός εάν είναι ιατρικά απαραίτητες, και τυχόν έξοδα για την αντιστροφή της στειρώσεως σε άνδρες ή γυναίκες γ) Αντισυλληπτικά, συμπεριλαμβανομένης της εισαγωγής ή αφαιρέσεως τέτοιων συσκευών.
36. Αυτοπροκαλούμενες ασθένειες ή τραυματισμοί: Θεραπεία για οποιαδήποτε καταστάσεις ως αποτέλεσμα ασθενειών ή τραυματισμών που προκαλούνται από το Ασφαλισμένο Πρόσωπο, αυτοκτονία ή απόπειρα αυτοκτονίας, είτε έχει σώας τα φρένας είτε όχι. Θεραπεία για οποιαδήποτε ζημιά ή δαπάνη οποιασδήποτε φύσης που προκύπτει άμεσα ή έμμεσα από, συνεισφέρει, προκαλείται από, προέρχεται από ή σχετίζεται με ιδία έκθεση σε κίνδυνο ή σωματικό τραυματισμό, εκτός από προσπάθεια για τη διάσωση ανθρώπινης ζωής.
37. Μελέτες ύπνου: Μελέτες ύπνου και άλλες θεραπείες που σχετίζονται με την άπνοια ύπνου.
38. Είδη προσωπικής άνεσης και διευκόλυνσης: Έξοδα για είδη που παρέχονται αποκλειστικά για προσωπική άνεση ή διευκόλυνση, όπως τηλεόραση, ιδιωτικά δωμάτια, υπηρεσίες καθαριότητας, δίαιτες απώλειας βάρους, χρεώσεις τηλεφώνου και προμήθειες για το σπίτι.
39. Ποδοιατρική φροντίδα: Ρουτίνα περιποίησης ποδιών, συμπεριλαμβανομένης της αφαίρεσης σκληρύνσεων, κάλων ή άλλων βλαβών, ή τριμάρισμα νυχιών ή άλλες παρόμοιες υπηρεσίες που δεν προκύπτουν από ασθένεια ή τραυματισμό. Ορθοπεδικά παπούτσια ή άλλες υποστηρικτικές συσκευές όπως π.χ. στηρίγματα καμάρια, ορθωτικές υποστηρικτικές συσκευές ή οποιαδήποτε άλλες προληπτικές υπηρεσίες ή προμήθειες για τη θεραπεία της διάγνωσης αδύναμων, καταπονημένων ποδιών ή πλατυποδιών ή πεσμένων τόξων.
40. Προσθετική Υψηλής Απόδοσης: Συσκευές για αθλήματα ή βελτίωση της αθλητικής απόδοσης και συσκευές ενίσχυσης ισχύος ή ελεγχόμενης ισχύος, διεγέρτες νεύρων και άλλες τέτοιες βελτιώσεις σε προσθετικές συσκευές.
41. Θεραπεία μαλλιών: Θεραπεία για αλωπεκία ή τριχόπτωση, συμπεριλαμβανομένης αλλά χωρίς να περιορίζεται στην πλαστική προσθετικής μαλλιών, μεταμοσχεύσεων μαλλιών ή οποιασδήποτε άλλης διαδικασίας για την τόνωση της τριχοφυΐας, την προσωρινή αφαίρεση τρίχας με λέιζερ, ηλεκτρόλυση, αποτρίχωση ή οποιοδήποτε άλλο μέσο.
42. Φροντίδα ακοής: Οι συνήθεις εξετάσεις ακοής δεν καλύπτονται από το Βασικό Σχέδιο Παροχών. Όλα τα σχέδια εξαιρούν τα ακουστικά βαρηκοΐας και τη χειρουργική εμφύτευση ή αφαίρεση συσκευών ακοής με αγκύρωση οστού.
43. Φροντίδα όρασης: Οι διαθλάσεις οφθαλμού, οι σκελετοί, οι φακοί, οι φακοί επαφής, η δοκιμή τοποθέτησης σκελετών ή φακών ή η επέμβαση διόρθωσης όρασης δεν καλύπτονται από τα σχέδια Basic, Core, Classic και Prime. Οι συνήθεις εξετάσεις όρασης δεν καλύπτονται από το Βασικό σχέδιο.
44. Οδοντιατρική φροντίδα: Τα οδοντιατρικά έξοδα, συμπεριλαμβανομένων προληπτικών υπηρεσιών, σφραγίσεων, εξαγωγών, ριζικών σωλήνων, στεφάνων, ενθέτων, γεφυρών και ορθοδοντικών υπηρεσιών δεν καλύπτονται από τα προγράμματα Basic, Core, Classic και Prime. Τα ακόλουθα δεν καλύπτονται από το Prime Plus και Classic Plus Dental Benefit: α) Οι οδοντιατρικές υπηρεσίες εντός Νοσοκομείου, συμπεριλαμβανομένης της γενικής αναισθησίας β) Ψεύτικα δόντια και αντικατάσταση χαμένων ή κλεμμένων στεφάνων, γεφυρών ή οδοντοστοιχιών γ) Εμφυτεύματα και όλες τις σχετικές υπηρεσίες δ) Διαταραχές της κροταφογναθικής άρθρωσης (TMJ) ή της απόφραξης της κροταφογναθικής άρθρωσης και προστατευτικά του στόματος για το τρίξιμο των δοντιών και άλλες θεραπείες που αναφέρονται στην ενότητα «Οδοντιατρικές εξαιρέσεις» του παρόντος.
45. Στην περίπτωση επείγουσας οδοντιατρικής θεραπείας, το παρόν ασφαλιστήριο δεν καλύπτει κόστη τραυματισμού προκαλούμενα από φαγητό ή ποτό (ακόμα και εάν αυτά περιέχουν ξένο σώμα), κανονική φθορά, βούρτσισμα δοντιών ή οποιοδήποτε άλλη διαδικασία στοματικής υγιεινής, οποιοδήποτε μέσο εξωστοματικής επίδρασης, θεραπευτική ή επανορθωτική εργασία, την χρήση πολύτιμων μετάλλων, κάθε είδους ορθοδοντική θεραπεία ή οδοντική θεραπεία εκτελούμενης σε νοσοκομείο, εκτός εάν η οδοντική χειρουργική είναι η μόνη διαθέσιμη θεραπεία την ανακούφιση του πόνου.
46. Οποιαδήποτε Ασθένεια ή Σωματική Βλάβη η οποία προκύπτει άμεσα ή έμμεσα από οποιαδήποτε αντισύλληψη, στείρωση ή αντιστροφή της (συμπεριλαμβανομένης, αλλά χωρίς περιορισμό, της εκτομής σπερματικών πόρων), γονιμοποίηση, υπογονιμότητα, ανικανότητα, αφροδίσιο νόσημα, σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, αλλαγή φύλου ή οποιαδήποτε άλλη μορφή Σχετικής Πάθησης σεξουαλικής μορφής.
47. Πόλεμος, σύγκρουση ή τρομοκρατία: Το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο δεν καλύπτει θεραπεία ως αποτέλεσμα τραυματισμού που προκύπτει από πράξεις πολέμου, σύγκρουσης ή τρομοκρατίας, εκτός εάν το Ασφαλισμένο Πρόσωπο υποστεί τον τραυματισμό ως αμέτοχος παρευρισκόμενος. Εξαιρούνται οι ασθένειες ή οι τραυματισμοί που προκαλούνται από τη χρήση πυρηνικών, χημικών ή βιολογικών όπλων μαζικής καταστροφής. Εξαιρούνται επίσης αξιώσεις που προκύπτουν από οποιαδήποτε σύγκρουση όπου το Ασφαλισμένο Πρόσωπο συμμετέχει ενεργά ή εκπαιδεύεται σε τέτοιες δραστηριότητες ή έχει θέσει τον εαυτό του σε κίνδυνο και ταξιδεύει σε περιοχή σύγκρουσης. Οι ακόλουθες δραστηριότητες θεωρούνται ως πολεμικές και τρομοκρατικές ενέργειες: Πόλεμος, εκθροπραξίες ή πολεμικές επιχειρήσεις (είτε κηρύσσεται πόλεμος είτε όχι), εισβολή, πράξη εκθρόνου ξένου προς την ιθαγένεια του Ασφαλισμένου Προσώπου ή της χώρας εντός ή πάνω από την οποία συμβαίνει η εκθροική πράξη, εμφύλιος πόλεμος, εξέγερση, εξέγερση, ανατροπή της νομίμως συσταθείσας κυβέρνησης, στρατιωτικής ή σφετερισμένης εξουσίας, εκρήξεις πολεμικών όπλων, δολοφονία ή επίθεση που στη συνέχεια αποδείχθηκε πέρα από εύλογη αμφιβολία ότι ήταν πράξη πρακτόρων ενός κράτους ξένου προς την ιθαγένεια του Ασφαλισμένου Προσώπου, είτε κηρύχθηκε πόλεμος με αυτό το κράτος είτε όχι, και τρομοκρατική δραστηριότητα.
25. Weight-Related Treatment: Any expense, service, or treatment for obesity, weight control, any form of food supplement, weight reduction programs, dietary counseling, or surgical procedures related to morbid or non-morbid obesity. Charges relating to complications arising from such treatments or surgical procedures are also excluded.
26. Exceptional Risks: Treatment related to: a) Injury sustained while participating in a hazardous or extreme sport or activity or training for any professional sport or activity.
27. Genetic Screening: Counseling, screening, testing, or treatment in the absence of any symptoms or any significant, proven risk factors for genetically linked inheritable disease.
28. Growth Hormones: Treatment related to the aging process, increasing athletic ability, and treatment for medical conditions not generally accepted by the medical community or demonstrated medical efficacy. Generally accepted therapeutic uses of growth hormones are covered for medical conditions covered by this Policy.
29. Sexual Dysfunction: Any procedures, supplies, or medications used to treat male or female sexual enhancement or sexual dysfunction such as erectile dysfunction, premature ejaculation, and other similar conditions.
30. Voluntarily induced terminations of pregnancy other than miscarriages, ectopic, stillbirths or when the mother's life is in danger.
31. The Policy shall not pay for ante-natal classes, or midwifery costs not associated with the delivery or complications which may arise as a result of a planned home birth.
32. Air travel when the Insured Person is more than 28 weeks pregnant.
33. Preparation Classes: Related to maternity or delivery of a newborn child.
34. Surrogacy: Care and treatment for an individual acting as a surrogate including the delivery of the child.
35. Fertility/Infertility Treatments and Birth Control: Any services, procedure or treatment including medications used to: a) Treat infertility including In-vitro Fertilization (IVF), Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT), Zygote Intrafallopian Transfer (ZIFT), and any variations of these procedures, and any costs associated with the preparation or storage of sperm for artificial insemination. b) Vasectomies and sterilization unless Medically Necessary, and any expenses for male or female reversal of sterilization. c) Contraceptive devices including the insertion or removal of such devices.
36. Self-Inflicted Illnesses or Injuries: Treatment for any conditions as a result of self-inflicted Illnesses or Injuries, suicide or attempted suicide, while sane or insane. Treatment for any loss or expense of any nature directly or indirectly arising out of, contributed to, caused by, resulting from, or in connection with self-exposure to peril or bodily Injury, except in an endeavor to save human life.
37. Sleep Studies: Sleep studies and other treatments relating to sleep apnea.
38. Personal Comfort and Convenience Items: Expense for items that are provided solely for personal comfort or convenience such as television, private rooms, housekeeping services, weight loss diets, telephone charges, and take-home supplies.
39. Podiatric Care: Routine foot care, including the paring and removing of corns, calluses, or other lesions, or trimming of nails or other such services not resulting from an Illness or Injury. Orthopedic shoes or other supportive devices such as; arch supports, orthotic devices, or any other preventative services or supplies to treat the diagnosis of weak, strained, or flat feet or fallen arches.
40. High-Performance Prosthetic: Devices for sports or improvement of athletic performance, and power enhancement or power-controlled devices, nerve stimulators, and other such enhancements to prosthetic devices.
41. Hair Treatment: Treatment for alopecia or hair loss including but not limited to hairplasty, hair transplants or any other procedure to stimulate hair growth, the temporary removal of hair by laser, electrolysis, waxing, or any other means.
42. Hearing Care: Routine hearing examinations are not covered under the Basic plan. All plans exclude hearing aids and the surgical implantation of or removal of bone-anchored hearing devices.
43. Vision Care: Eye refractions, frames, lenses, contact lenses, fitting of frames or lenses, or vision correction surgery are not covered under the Basic, Core, Classic, and Prime plans. Routine vision examinations are not covered under the Basic plan.
44. Dental Care: Dental expenses including preventive services, fillings, extractions, root canal, crowns, inlays, bridges, and orthodontic services are not covered under the Basic, Core, Classic, and Prime plans. The following is not covered under the Prime Plus and Classic Plus Dental Benefit. a) Dental services at a Hospital, including general anesthesia are not covered under the medical plan; b) False teeth and replacement of lost or stolen crowns, bridges, or dentures; c) Implants and all related services; d) Temporomandibular Joint Disorders (TMJ) or Malocclusion Temporomandibular Joint Disorders and mouth guards for teeth grinding and other treatments listed in the Dental Exclusions section of this wording.
45. In respect of Emergency dental treatment, this Policy shall not pay for injury caused by eating or drinking (even if it contains a foreign body), normal wear and tear, tooth brushing or any other oral hygiene procedure or any means other than extra-oral impact, any form of restorative or remedial work, the use of precious metals, orthodontic treatment of any kind or dental treatment performed in a hospital unless dental surgery is the only treatment available to alleviate pain.
46. Any Disease or Injury arising directly or indirectly from any contraception, sterilization or reversal (including, but not limited to, vasectomy), insemination, infertility, impotence, venereal disease, sexually transmitted disease, gender reassignment or any other form of Related Disorder of a sexual form.
47. War, conflict, or terrorism: The Policy will not pay for treatment as a result of injury resulting from acts of war, conflict or terrorism except sustained as an Innocent Bystander. Illness or Injuries caused by the use of nuclear, chemical, or biological weapons of mass destruction are excluded. Claims arising from any conflict where the Insured Person is an active participant or training in such activities, or has put themselves in danger, and traveling to an area of conflict are also excluded. The following activities are considered as acts of war and terrorism; War, hostilities or warlike operations (whether war be declared or not), invasion, act of an enemy foreign to the nationality of the Insured Person or the country in, or over, which the act occurs, civil war, riot, rebellion, overthrow of the legally constituted government, military or usurped power, explosions of war weapons, Murder or assault subsequently proved beyond reasonable doubt to have been the act of agents of a state foreign to the nationality of the Insured Person whether war be declared with that state or not, and terrorist activity.



## 11. ΟΡΙΣΜΟΙ

Για τους σκοπούς του παρόντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου, οι ακόλουθοι όροι θα έχουν τις ακόλουθες δηλωμένες έννοιες:

- Ατύχημα/Τραυματισμός:** Σωματικός τραυματισμός που προκαλείται αποκλειστικά από βίαια, τυχαία, εξωτερικά και ορατά μέσα και όχι από ασθένεια ή πάθηση, ή σταδιακή σωματική ή ψυχική διαδικασία.
- Ενεργός υπηρεσία/Ενεργός στην εργασία:** Ένας υπάλληλος θα θεωρείται ότι βρίσκεται σε ενεργό υπηρεσία οποιαδήποτε ημέρα, εάν εκτελεί με τον συνήθη τρόπο όλα τα τακτικά καθήκοντα της απασχόλησής του, με τον τρόπο που τα εκτελούσε ή με τον τρόπο που θα ήταν ικανός να τα εκτελέσει την τελευταία τακτικά προγραμματισμένη εργάσιμη ημέρα.
- Οξεία:** ασθένεια ή πάθηση ταχείας έναρξης, σοβαρών συμπτωμάτων και σύντομης διάρκειας, συμπεριλαμβανομένων τυχόν έντονων συμπτωμάτων, όπως έντονο πόνο.
- Δραστηριότητες καθημερινής ζωής (ADL):** Οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής είναι οι δραστηριότητες που συνήθως συνδέονται με τις καθημερινές βασικές αρχές της προσωπικής αυτοεξυπηρέτησης, συμπεριλαμβανομένων ενδεικτικά: του βαδίσματος, της προσωπικής υγιεινής, του ύπνου, της τουαλέτας/εγκράτειας, του ντυσίματος, του μαγειρέματος/φαγητού, της λήψης φαρμακευτικής αγωγής και της μεταφοράς (άνοδος και έξοδος από το κρεβάτι).
- Εισαγωγή:** Η περίοδος από τη στιγμή που ένα Ασφαλισμένο Πρόσωπο εισέρχεται σε Νοσοκομείο, ή Εγκατάσταση Εκτεταμένης Φροντίδας ή άλλη εγκεκριμένη μονάδα ιατρικής περίθαλψης, ως εσωτερικός ασθενής μέχρι την αποδέσμευση του από το νοσοκομείο.
- Επιτρεπόμενη Χρέωση:** Η αμοιβή ή η τιμή που καθορίζεται ότι είναι η Συνήθης, Κοινή και Εύλογη χρέωση για υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης που παρέχονται σε Ασφαλισμένα Πρόσωπα που καλύπτονται από το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο. Το Ασφαλισμένο Πρόσωπο είναι υπεύθυνο για την πληρωμή τυχόν υπολοίπου άνω της Επιτρεπόμενης Χρέωσης. Όλες οι υπηρεσίες πρέπει να είναι Ιατρικά Απαραίτητες. Μόλις καθοριστεί μια επιτρεπόμενη χρέωση, τότε το Ασφαλισμένο Πρόσωπο πρέπει να καταβάλει την Ιδία Συμμετοχή και τυχόν επιπλέον χρεώσεις.
- Ετήσιο μέγιστο όφελος:** Η πληρωμή που καθορίζεται στο Πρόγραμμα Παροχών, για συγκεκριμένες υπηρεσίες, που αποτελεί το μέγιστο ποσό που καταβάλλεται από τον Ασφαλιστή ανά άτομο, ανά Περίοδο Ασφάλισης, ανεξαρτήτως της πραγματικής ή Επιτρεπόμενης Χρέωσης. Το ετήσιο μέγιστο όφελος προκύπτει από το Ασφαλισμένο Πρόσωπο έχει εκπληρώσει τις υποχρεώσεις Ιδίας Συμμετοχής και οποιωνδήποτε άλλων σχετικών δαπανών.
- Ημερομηνία ετήσιας ανανέωσης:** Η ημερομηνία δώδεκα μήνες μετά την ημερομηνία έναρξης της κάλυψης που εμφανίζεται στο Πιστοποιητικό Ασφάλισης.
- Χρόνια Κατάσταση:** Τραυματισμός ή ασθένεια που αναμένεται να είναι μεγάλης διάρκειας και η οποία μπορεί να χαρακτηριστεί από υποτροπές που απαιτούν συνεχή ή περιοδική φροντίδα. Μια χρόνια πάθηση έχει ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: συνεχίζεται επ' αόριστον, επανέρχεται ή είναι πιθανό να επανέλθει, είναι μόνιμη ή απαιτεί μακροχρόνια παρακολούθηση, γνωματεύσεις, εξετάσεις (check-up), επισκέψεις και εξετάσεις.
- Συνασφάλιση/Ποσό απαλλαγής:** Το ποσοστό των δαπανών για το οποίο το Ασφαλισμένο Πρόσωπο παραμένει υπεύθυνο όταν αυτό προσδιορίζεται στη διατύπωση του παρόντος Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου ή στο Πρόγραμμα Παροχών. Το Ασφαλισμένο Πρόσωπο πρέπει να πληρώσει την Ιδία Συμμετοχή για κάθε περιστατικό, που δημιουργεί απαίτηση.
- Επιπλοκές της εγκυμοσύνης: Είναι μια κατάσταση:**
  - Που προκαλείται από την εγκυμοσύνη και
  - Δημιουργεί ανάγκη ιατρικής περίθαλψης πριν ή μετά τη διακοπή της εγκυμοσύνης και
  - Η διάγνωση της οποίας είναι διακριτή για την εγκυμοσύνη, και
  - Αποτελεί μια ταξινομημένα διακριτή επιπλοκή της εγκυμοσύνης.

Η πάθηση που απλώς σχετίζεται με τη διαχείριση μιας δύσκολης εγκυμοσύνης δεν θεωρείται επιπλοκή της εγκυμοσύνης.

Όταν η εγκυμοσύνη δεν τερματίζεται, οι επιπλοκές της εγκυμοσύνης περιλαμβάνουν: α) οξεία νεφρίτιδα, β) νέφρωση, γ) καρδιακή αντιρρόπηση, δ) αποτυχημένη άμβλωση, ε) εκλαμψία, στ) επιλόχεια λοίμωξη, ζ) προβλήματα παράγοντα R.H., η) σοβαρή απώλεια αίματος που απαιτεί μετάγγιση, και ι) άλλες παρόμοιες ιατρικές και χειρουργικές καταστάσεις συγκρίσιμης σοβαρότητας που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη.

Όταν η εγκυμοσύνη τερματίζεται, οι επιπλοκές περιλαμβάνουν: α) μη εκλεκτική καισαρική τομή, β) έκτοπη κύηση που τερματίζεται και γ) αυθόρμητη διακοπή της κύησης σε περίοδο κύησης κατά την οποία δεν είναι δυνατός ο βιώσιμος τοκετός.

- Συγγενής/Εκ γενετής Κατάσταση:** Οποιαδήποτε ανωμαλία, εκ γενετής ελάττωμα, σωματική ανωμαλία και/ή οποιαδήποτε άλλη απόκλιση από τη φυσιολογική ανάπτυξη που υπάρχει κατά τη γέννηση, η οποία μπορεί να είναι ή να μην είναι εμφανής εκείνη τη στιγμή.

## 11. DEFINITIONS

For the purpose of this insurance Policy, the following terms shall have the stated meanings:

- Accident/ Injury:** Bodily injury caused solely by violent, accidental, external and visible means and not by sickness, disease or gradual physical or mental process.
- Active Service/Actively at work:** An employee will be considered in active service on any day if he/she is then performing in the customary manner all the regular duties of his/her employment as performed or were capable of being performed on the last regularly scheduled workday.
- Acute:** A disease or illness of rapid onset, severe symptoms, and brief duration including any intense symptoms, such as severe pain.
- Activities of Daily Living (ADL):** Activities of daily living are those activities normally associated with the day-to-day fundamentals of personal self-care, including but not limited to: walking, personal hygiene, sleeping, toilet/continence, dressing, cooking/feeding, medication and transferring (getting in and out of bed).
- Admission:** The period from the time that an Insured Person enters a Hospital, Extended Care Facility, or other approved medical care facility as an In-patient until discharge.
- Allowable Charge:** The fee or price We determine to be the Usual, Customary and Reasonable Charge for medical care services provided to Insured Persons that are covered under the Policy. The Insured Person is responsible for the payment of any balance over the Allowable Charge. All services must be Medically Necessary. Once an allowable charge is established then the Deductible, Coinsurance, Copayments and any excess charges must be paid by the Insured Person.
- Annual Maximum Benefit:** The payment specified in the Schedule of Benefits, for specific services, which is the maximum amount payable by Insurer per person, per Policy Period regardless of the actual or Allowable Charge. This is after the Insured Person has met his/her obligations of Deductible, Coinsurance, Copayments and any other applicable costs.
- Annual Renewal Date:** The date twelve months after the inception date shown on the certificate.
- Chronic Condition:** An Injury or Illness which may be expected to be of long duration, and which may be marked by recurrences requiring continuous or periodic care. A Chronic Condition has one or more of the following characteristics; it continues indefinitely, it comes back or is likely to come back, is permanent, or it requires long-term monitoring, consultations, check-ups, examinations, or tests.
- Coinsurance / Copayment:** The proportion of costs for which the Insured Person remains responsible when specified in this Policy wording or on the Schedule of Benefits. The Insured Person must pay the coinsurance in respect of each incident, giving rise to a claim.
- Complications of Pregnancy: A condition:**
  - Caused by pregnancy, and
  - Requiring medical treatment prior to, or subsequent to termination of pregnancy, and
  - The diagnosis of which is distinct for pregnancy, and
  - Which constitutes a classifiable distinct complication of pregnancy.

A condition simply associated with the management of a difficult pregnancy is not considered a complication of pregnancy.

When pregnancy is not terminated, complications of pregnancy include; a) acute nephritis, b) nephrosis, c) cardiac decompensation, d) missed abortion, e) eclampsia, f) puerperal infection, g) R.H. Factor problems, h) severe loss of blood requiring transfusion, and i) other similar medical and surgical conditions of comparable severity related to pregnancy.

When pregnancy is terminated; complications include; a) non-elective cesarean section, b) ectopic pregnancy that is terminated, and c) spontaneous termination of pregnancy during a period of gestation in which a viable birth is not possible.

- Congenital Condition:** Any abnormality, birth defect, physical anomaly and/or any other deviation from normal development present at birth, which may or may not be apparent at that time.

- 13. Χώρα Διαμονής:** Η χώρα στην οποία ζει ο Ασφαλισμένος όπως αναφέρεται στο Έντυπο Αίτησης Ασφάλισης ή οποιαδήποτε άλλη χώρα που μας ζητείται να αντικαταστήσουμε ως νέα Χώρα Διαμονής του Ασφαλισμένου, εφόσον:
- Ενημερωθούμε εγγράφως για οποιαδήποτε μόνιμη αλλαγή στη χώρα όπου συνήθως διαμένει ο Ασφαλισμένος και
  - Επιβεβαιώσουμε τη συμφωνία μας να συνεχίσουμε την κάλυψη του Ασφαλισμένου στο πλαίσιο του παρόντος Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου με τους ίδιους όρους.
- Ο Ασφαλισμένος θεωρείται ότι προχωρά σε μόνιμη αλλαγή στη Χώρα διαμονής του, εάν ζει ή σκοπεύει να ζήσει στην άλλη χώρα για περισσότερες από 183 συνεχόμενες ημέρες.
- 14. Καλυπτόμενα Έξοδα:** Οι συνήθειες, κοινές και εύλογες χρεώσεις που προκύπτουν για ένα Ασφαλισμένο Πρόσωπο και καλύπτονται από το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, και αφορούν σε για ιατρικά απαραίτητες υπηρεσίες, θεραπείες ή προμήθειες υλικού, όπως αυτές περιγράφονται στις σχετικές διατάξεις με τίτλο Ιατρική Κάλυψη και, εάν υπάρχουν, τα καλυπτόμενα οδοντιατρικά έξοδα.
- 15. Καλυπτόμενη εγκυμοσύνη** σημαίνει:
- Η ημερομηνία τοκετού είναι τουλάχιστον 12 μήνες μετά την Ημερομηνία έναρξης ισχύος της κάλυψης για την Ασφαλισμένη μητέρα, και
  - Η κάλυψη μητρότητας περιλαμβάνεται στο Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο και
  - Η Ασφαλισμένη πληροί τα κριτήρια επιλεξιμότητας για υπηρεσίες που σχετίζονται με τη μητρότητα.
- 16. Η φροντίδα σε φύλαξη περιλαμβάνει:** 1) την παροχή δωματίου και διατροφής, νοσηλευτικής περίθαλψης ή άλλης παρόμοιας φροντίδας που παρέχεται σε άτομο που είναι διανοητικά ή σωματικά ανάπηρο και το οποίο, όπως προσδιορίζεται από τον θεράποντα ιατρό του, έχει φτάσει στο μέγιστο επίπεδο ανάρρωσης και 2) στην περίπτωση νοσηλευόμενου ατόμου, δωματίου και διατροφής, νοσηλευτικής περίθαλψης ή άλλης τέτοιας φροντίδας που παρέχεται σε άτομο για το οποίο δεν μπορεί ευλόγως να αναμένεται ότι η ιατρική ή χειρουργική θεραπεία θα του επιτρέψει να ζήσει εκτός ιδρύματος και 3) θεραπείες ανάπαυσης, φροντίδα ανάπαυλας και κατ' οίκον φροντίδα που παρέχονται από μέλη της οικογένειας. Μετά την παραλαβή και την εξέταση μιας αξίωσης, εμείς ή με μια ανεξάρτητη ιατρική εκτίμηση, θα καθορίσουμε εάν μια υπηρεσία ή θεραπεία αποτελεί Φροντίδα Φύλαξης.
- 17. Θεραπεία Ημερήσιας Φροντίδας:** Θεραπεία που λαμβάνεται ενώ το Ασφαλισμένο άτομο καταλαμβάνει νοσοκομειακό κρεβάτι ή χρεώνεται για νοσοκομειακή διαμονή (και υπογράφει ένα έντυπο εισαγωγής ή υπογράφεται έντυπο εισαγωγής για λογαριασμό του), αλλά δεν διανυκτερεύει.
- 18. Οδοντίατρος:** Ιατρός που αναγνωρίζεται ως οδοντίατρος από την αρμόδια αρχή.
- 19. Εξαρτώμενος:** Ο νόμιμος σύζυγος του Ασφαλισμένου (ή ο σύντροφος του ίδιου ή αντίθετου φύλου που ζει με τον Ασφαλισμένο για περισσότερους από έξι συνεχείς μήνες) που δεν είναι νομίμως διαζευγμένος από τον Ασφαλισμένο. Το άγαμο τέκνο του Ασφαλισμένου - παιδί, ανάδοχο τέκνο ή νόμιμα υιοθετημένο τέκνο - υπό την προϋπόθεση ότι το παιδί αυτό είναι κάτω των 28 ετών την ημερομηνία που ο Ασφαλισμένος εντάχθηκε για πρώτη φορά στο παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο ή σε οποιαδήποτε μεταγενέστερη ανανέωση του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, και υπό την προϋπόθεση ότι εξαρτάται αποκλειστικά από τον Ασφαλισμένο, υποστηρίζεται και ζει με τον Ασφαλισμένο σε μια συνήθη σχέση γονέα-παιδιού.
- 20. Ανθεκτικός Ιατρικός Εξοπλισμός (DME):** Ορθοπεδικά σιδεράκια, τεχνητές συσκευές που αντικαθιστούν μέρη του σώματος και άλλος εξοπλισμός συνήθως που χρησιμεύει ένα άτομο μόνο κατά τη διάρκεια ασθένειας ή τραυματισμού και καθορίζεται από τον Ασφαλιστή κατά περίπτωση, ότι είναι ιατρικά απαραίτητος, συμπεριλαμβανομένων μηχανοκίνητων αναπηρικών αμαξιδίων και κρεβατιών.
- 21. Ημερομηνία έναρξης ισχύος:** Η ημερομηνία κατά την οποία ξεκινά η κάλυψη του Ασφαλισμένου Προσώπου βάσει αυτού του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, όπως αυτή καθορίζεται από εμάς.
- 22. Επείγουσα θεραπεία:** Ιατρική φροντίδα για επείγουσα ιατρική περίθαλψη που απαιτείται για την άμεση ανακούφιση οξέων συμπτωμάτων ή κατόπιν συμβουλής εξουσιοδοτημένου ιατρού η οποία δεν μπορεί να αναβληθεί μέχρι την επιστροφή σας στη χώρα σας.
- 23. Επείγουσα Οδοντιατρική Θεραπεία:** Απαραίτητη θεραπεία ως αποτέλεσμα ατυχήματος/τραυματισμού από εξωστοματική πρόσκρουση, που ελήφθη εντός 48 ωρών από την ημερομηνία και την ώρα του ατυχήματος/τραυματισμού για την άμεση ανακούφιση από τον πόνο που προκαλείται από απώλεια ή φθορά των φυσικών δοντιών από ατύχημα.
- 24. Εκπατρισμένος:** Άτομο που διαμένει εκτός της χώρας καταγωγής του.
- 25. Πειραματικές ή/και διερευνητικές:** είναι οι υπηρεσίες ή ιατρικές προμήθειες που σχετίζονται με:
- Θεραπεία ή διαγνωστική αξιολόγηση που δεν είναι γενικά και ευρέως αποδεκτή στην πρακτική της ιατρικής ή η οποία δεν έχει τεκμηριωμένα στοιχεία αποτελεσματικότητας ή δεν έχει δημοσιευτεί προς σχολιασμό σε ιατρικά περιοδικά.
  - Ένα φάρμακο που δεν έχει λάβει έγκριση από τον EFSA.
  - Ιατροτεχνολογικό προϊόν που δεν λάβει έγκριση από τον EFSA ή έχει λάβει έγκριση από τον FDA, αλλά δεν διαθέτει στοιχεία αποτελεσματικότητας για την προτεινόμενη χρήση, τα οποία είναι τεκμηριωμένα και δημοσιευμένα προς σχολιασμό σε ιατρικά περιοδικά που εκδίδονται στην Ευρωπαϊκή Ένωση.
- Τον τελικό λόγο ως προς το εάν μια υπηρεσία ή ιατρική προμήθεια είναι Πειραματική ή/και διερευνητική θα τον έχουμε εμείς.

- 13. Country of Residence:** The country in which the Insured Person lives as stated in the Application Form, or any other country which We are asked to substitute as the Insured Person's new Country of Residence so long as:
- We are informed in writing of any such permanent change in the country where the Insured Person usually lives and;
  - We confirm Our agreement to continue insuring the Insured Person under this Policy on the same terms.
- The Insured Person is deemed to make a permanent change in his/her Country of Residence if the Insured Person lives or intends to live in the other country for more than 183 consecutive days.
- 14. Covered Expenses:** The Usual, Customary, and Reasonable charges incurred by an Insured Person, while covered under this Policy, for Medically Necessary services, treatments or supplies described under the provisions titled Medical Coverage and, if applicable, covered dental expense.
- 15. Covered Pregnancy** means;
- Whose delivery date is at least 12 months after the Effective Date of coverage for the Insured mother, and
  - Maternity coverage is included under the Policy, and
  - The Insured meets the eligibility criteria for maternity-related services.
- 16. Custodial Care includes:** 1) the provision of room and board, nursing care, or such other care which is provided to an individual who is mentally or physically disabled and who, as determined by the individual's attending Physician, has reached the maximum level of recovery; and 2) in the case of an institutionalized person, room and board, nursing care or such other care which is provided to an individual for whom it cannot reasonably be expected that medical or surgical treatment will enable him to live outside an institution; and 3) rest cures, respite care and home care provided by family members. Upon receipt and review of a claim, We or an independent medical review will determine if a service or treatment is Custodial Care.
- 17. Day Care Treatment:** Treatment received while an Insured Person occupies a hospital bed or is charged for hospital accommodation (and who signs an admission form or on whose behalf it is signed), but does not remain overnight.
- 18. Dentist:** A physician who is recognized as a dentist by the competent authority.
- 19. Dependent:** The Insured Person's legal spouse (or partner of the same or opposite sex who has been living with the Insured Person for more than six continuous months) who is not legally separated from the Insured Person, and his/her unmarried natural child, step-child, foster child or legally adopted child - provided that such child is less than 28 years old on the date the Insured Person is first included under this Policy or at any subsequent renewal of the Policy and provided they depend on the Insured Person for sole support and live with the Insured Person in a customary parent-child relationship.
- 20. Durable Medical Equipment (DME):** Orthopedic braces, artificial devices replacing body parts and other equipment customarily and generally useful to a person only during an illness or Injury and determined by Insurer on a case-by-case basis to be Medically Necessary including motorized wheelchairs and beds.
- 21. Effective Date:** The date upon which an Insured Person's coverage will commence under this Policy, as determined by Us.
- 22. Emergency Treatment:** Medical care for a Medical Emergency that is required for the immediate relief of an acute symptom or upon advice from a licensed physician cannot be delayed until your return to your Home Country.
- 23. Emergency Dental Treatment:** Treatment necessary as a result of an accident/injury by an extra-oral impact, received within 48 hours from the date and time of the accident/injury for the immediate relief of pain caused by natural teeth being lost or damaged in an accident.
- 24. Expatriate:** A person who resides outside of their Home Country.
- 25. Experimental and/or Investigative:** are any services or supplies associated with:
- Treatment or diagnostic evaluation which is not generally and widely accepted in the practice of medicine or which does not have evidence of effectiveness documented in peer-reviewed articles in medical journals.
  - A drug which does not have EFSA market approval;
  - A medical device which does not have EFSA market approval; or has FDA approval, but does not have evidence of effectiveness for the proposed use documented in peer-reviewed articles in medical journals published in the EU.
- We will make the final determination as to whether a service or supply is Experimental and/or Investigational.



- 26. Ημερομηνία Λήξης:** Η ημερομηνία κατά την οποία η κάλυψη ενός Ασφαλισμένου Ατόμου τερματίζεται βάσει του παρόντος Ασφαλιστηρίου, όπως καθορίζεται από εμάς.
- 27. HealthWatch:** Η εταιρεία που παρέχει εξυπηρέτηση πελατών για λογαριασμό του Ασφαλιστή. Η HealthWatch παρέχει υπηρεσίες βοήθειας στη βάση 24/7, για την κάλυψη οποιωνδήποτε αναγκών των πελατών μας σε όλο τον κόσμο, συμπεριλαμβανομένης και της εκκένωσης έκτακτης ανάγκης, του συντονισμού των παροχών, του εντοπισμού ενός παρόχου εντός του δικτύου και της προέγκρισης ιατρικών υπηρεσιών.
- 28. HIV:** Όλες οι ασθένειες που προκαλούνται από και/ή σχετίζονται με τον ιό HIV συμπεριλαμβανομένου του συνδρόμου επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS).
- 29. Χώρα καταγωγής:** Η χώρα από την οποία ο Ασφαλισμένος είναι κάτοχος διαβατηρίου. Εάν ο Ασφαλισμένος έχει διαβατήρια από περισσότερες από μία χώρες, η χώρα καταγωγής θα είναι η χώρα στην οποία θα δηλωθεί εγγράφως ως η χώρα καταγωγής του.
- 30. Hospice:** Μια υπηρεσία που παρέχει ένα συντονισμένο σχέδιο κατ' οίκον περίθαλψης και ενδονοσοκομειακής περίθαλψης σε ένα άτομο που βρίσκεται στο τελικό στάδιο, και πληροί όλες τις ακόλουθες προϋποθέσεις: 1) έχει λάβει την απαιτούμενη κρατική ή κρατική άδεια ή Πιστοποιητικό Αναγκαιότητας. 2) παρέχει υπηρεσία 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. 3) είναι υπό την άμεση επίβλεψη Ιατρού. 4) έχει συντονιστή νοσοκόμο που είναι Εγγεγραμμένος Νοσηλεύτής (R.N.) ή Αδειούχος Αδειούχο Πρακτικό Νοσοκόμο (L.P.N.). 5) έχει δεόντως αδειοδοτημένο συντονιστή κοινωνικής υπηρεσίας. 6) έχει ως πρωταρχικό σκοπό την παροχή υπηρεσιών Hospice. 7) έχει διαχειριστή πλήρους απασχόλησης και 8) τηρεί γραπτά αρχεία των υπηρεσιών που παρέχονται στον ασθενή.
- 31. Νοσοκομείο/Κλινικές:** Κάθε ίδρυμα υπό τη συνεχή επίβλεψη θεράποντος ιατρού, το οποίο έχει νόμιμη άδεια ως ιατρικό ή χειρουργικό νοσοκομείο στη χώρα όπου βρίσκεται και παρέχει ημερήσια νοσηλεία υπό την καθοδήγηση ή επίβλεψη πιστοποιημένων επαγγελματιών νοσηλευτών. Ο όρος Νοσοκομείο δεν περιλαμβάνει γηροκομεία, οίκους ευγηρίας, θέρετρα υγείας και κατοικίες ηλικιωμένων, νοσηλευτήρια ή ιδρύματα οικιακής φροντίδας, φύλαξη, φροντίδα τοξικομανών ή αλκοολικών ή άλλα παρόμοια ιδρύματα.
- 32. Νοσοκομειακές Υπηρεσίες:** Συμπεριλαμβάνουν εύλογες και συνήθεις χρεώσεις, στην περιοχή όπου παρέχεται θεραπεία, για παραμονή στο νοσοκομείο με το κόστος ενός ημι-ιδιωτικού δωματίου, χρεώσεις γευμάτων, χρήση όλων των ιατρικών εγκαταστάσεων του νοσοκομείου και όλες τις ιατρικές θεραπείες και ιατρικές υπηρεσίες με εντολή ιατρού.
- 33. Τραυματισμός:** Σωματική βλάβη που προκαλείται από τυχαία και εξωτερικά μέσα.
- 37. Ασθένεια:** Οποιαδήποτε ασθένεια, πάθηση, διαταραχή ή αλλοίωση της ιατρικής κατάστασης του Ασφαλισμένου Προσώπου, δεόντως διαγνωσμένη από Ιατρό.
- 35. Αθώος παρευρισκόμενος:** Ένα άτομο που κρίνεται ότι δεν εμπλέκεται, δεν συμμετέχει ή δεν σχετίζεται με την εργασία του, ή με οποιαδήποτε δραστηριότητα του με πόλεμο, σύγκρουση ή τρομοκρατία. Το παρόν περιλαμβάνει οποιοσδήποτε εχθροπραξίες ή πολεμικές επιχειρήσεις (είτε κηρύσσεται πόλεμος είτε όχι), εισβολή, εμφύλιο πόλεμο, ταραχές, εξέγερση, ανατροπή της νομίμως συγκροτημένης κυβέρνησης, στρατιωτική ή σφετερισμένη εξουσία και οποιαδήποτε τρομοκρατική δραστηριότητα.
- 36. Εσωτερικός ασθενής:** Άτομο που εισάγεται σε εγκεκριμένο Νοσοκομείο ή άλλη μονάδα υγειονομικής περίθαλψης για ιατρικά απαραίτητα διανυκτέρευση.
- 37. Προτιμώμενος πάροχος εντός δικτύου:** Ο πάροχος που έχει συνάψει σύμβαση με εμάς και έχει συμφωνήσει να αποδεχτεί συγκεκριμένες χρεώσεις για τις υπηρεσίες του κατόπιν διαπραγμάτευσης.
- 38. Θεραπεία εντός νοσοκομείου:** Θεραπεία που παρέχεται σε νοσοκομείο όπου εισάγεται Ασφαλισμένος και, λόγω ιατρικής ανάγκης, καταλαμβάνει νοσοκομειακή κλίνη για μία ή περισσότερες νύχτες χωρίς η διαμονή να υπερβαίνει τους 12 μήνες στο σύνολο για κάθε ασφαλισμένο περιστατικό.
- 39. Ασφαλισμένο Πρόσωπο ή Ασφαλισμένος:** Ο Κυρίως Ασφαλιζόμενος και κάθε άτομο που πληροί τα κριτήρια επιλεξιμότητας, το όνομα του οποίου αναγράφεται στο Πιστοποιητικό Ασφάλισης και για το οποίο έχει καταβληθεί το απαιτούμενο ασφάλιστρο.
- 40. Ασφαλιστής:** Το παρόν Ασφαλιστήριο συμβόλαιο αναλαμβάνει η HDI Global Specialty SE, η οποία είναι εξουσιοδοτημένη και εποπτεύεται από την Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Η HDI Global Specialty SE είναι εγγεγραμμένη στη Γερμανία (αριθμός εμπορικού μητρώου HRB 211924) και έχει την έδρα της στη διεύθυνση HDI-Platz 1, 30659 Αννόβερο, Γερμανία.
- 41. Μέγιστη αποζημίωση εφόρου ζωής:** Το μέγιστο πληρωτέο ποσό από εμάς ανά Ασφαλισμένο Πρόσωπο, όπως αναφέρεται στο Πρόγραμμα Παροχών, για το σύνολο του χρονικού διαστήματος που το Ασφαλιστήριο παραμένει σε ισχύ.
- 42. Υπηρεσίες Τοπικών Ασθενοφόρων:** Απαραίτητη ιατρική μεταφορά από και προς τοπικό νοσοκομείο.
- 43. Φροντίδα Μητρότητας:** Προγεννητική φροντίδα, τοκετός, μεταγεννητική φροντίδα, αποβολή και πρόωρος τοκετός και επιπλοκές εγκυμοσύνης.

**26. Expiration Date:** The date upon which an Insured Person's coverage will terminate under this Policy, as determined by Us.

**27. HealthWatch:** The company that provides customer service on behalf of the Insurer. They provide 24/7 assistance service to answer any customer needs around the world, including emergency evacuation, benefit coordination, locating a network provider, and Pre-Authorization of medical services.

**28. HIV:** All diseases caused by and/or related to the HIV Virus including Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS).

**29. Home Country:** The country from which the Insured Person holds a passport. If the Insured Person holds passports from more than one country, the Home Country will be the country declared in writing as their Home Country.

**30. Hospice:** An agency which provides a coordinated plan of home and In-patient care to a terminally ill person and which meets all of the following tests: 1) has obtained any required state or governmental license or Certificate of Need; 2) provides service 24 hours a day, 7 days a week; 3) is under the direct supervision of a Physician; 4) has a nurse coordinator who is a Registered Nurse (R.N.) or a Licensed Practical Nurse (L.P.N.); 5) has a duly licensed social service coordinator; 6) has as its primary purpose the provision of Hospice services; 7) has a full-time administrator; and 8) maintains written records of services provided to the patient.

**31. Hospital / Clinics:** Any institution under the constant supervision of a resident physician which is legally licensed as a medical or surgical hospital in the country where it is located, and which provides a day nursing service under the direction or supervision of registered professional nurses. The term Hospital does not include nursing homes, rest homes, health resorts, and homes for the aged, infirmaries or establishments for domiciliary care, custodial care, care of drug addicts or alcoholics, or similar institutions.

**32. Hospital Services:** Include reasonable and customary charges, in the area where treatment is provided, for hospital accommodation up to the cost of a semiprivate room, meal charges, all hospital medical facilities, and all medical treatment and medical services ordered by a physician.

**33. Injury:** Physical harm caused by accidental and external means.

**34. Illness:** Any sickness, disease, disorder or alteration in the Insured Person's medical condition as duly diagnosed by a Physician.

**35. Innocent Bystander:** An individual who is judged to be not involved with, participating in, or related to their work, any activity associated with any war, conflict or terror-related activity. This includes any hostilities or warlike operations (whether war be declared or not), invasion, civil war, riot, rebellion, overthrow of the legally constituted government, military or usurped power and any terrorist activity.

**36. In-patient:** A person admitted to an approved Hospital or other healthcare facility for a Medically Necessary overnight stay.

**37. In-Network Preferred Provider:** A Provider who has contracted with Us and has agreed to accept a negotiated discount for services.

**38. In-patient Treatment:** Treatment provided in a hospital where an Insured Person is admitted and, out of medical necessity, occupies a bed for one or more nights but not exceeding 12 months in total for any one insured event.

**39. Insured Person (or Insured):** The Policyholder and any individual who meets the eligibility criteria, whose name is listed on the Certificate of Insurance, and for whom the required Premium has been paid.

**40. Insurer:** This Insurance Policy is underwritten by HDI Global Specialty SE who are authorised and regulated by the Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). HDI Global Specialty SE is registered in Germany (commercial register number HRB 211924) and has its registered office at HDI-Platz 1, 30659 Hannover, Germany

**41. Lifetime Maximum:** The maximum amount payable by Us per individual Insured Person as indicated in the Schedule of Benefits, as long as the Policy remains in force.

**42. Local Ambulance Services:** Necessary medical transportation to and from a local hospital.

**43. Maternity Care:** Prenatal care, childbirth, postnatal care, miscarriage and premature birth, and Complications of Pregnancy.



- 44. Επείγον ιατρικό περιστατικό:** Ως Επείγον Ιατρικό Περιστατικό ορίζεται ένα ξαφνικό, απροσδόκητο και απρόβλεπτο γεγονός που προκαλείται από ασθένεια ή τραυματισμό που εκδηλώνεται με συμπτώματα ικανοποιητικής σφοδρότητας που κατά γενική ομολογία, η αποτυχία λήψης άμεσης ιατρικής φροντίδας θα έθιγε την καλή υγεία του Ασφαλισμένου και θα τον έθετε σε σοβαρό κίνδυνο.
- 45. Ιατρικά έξοδα:** Όλα τα εύλογα και απαραίτητα έξοδα που προκύπτουν σε σχέση με ιατρική ή χειρουργική θεραπεία οξείας ιατρικής κατάστασης από ιατρό ή/και οποιονδήποτε χειρουργό, ακτινολόγο ή άλλο ειδικό στον οποίο έχει παραπεμφθεί το Ασφαλισμένο Πρόσωπο.
- 46. Ιατρικά Απαραίτητες:** Οι υπηρεσίες ή οι ιατρικές προμήθειες που παρέχονται από Νοσοκομείο, Ιατρό ή άλλους εγκεκριμένους ιατρικούς παρόχους και απαιτούνται για τον εντοπισμό ή τη θεραπεία μιας ασθένειας ή ενός τραυματισμού και οι οποίες, όπως καθορίζεται από τον Ασφαλιστή, και έχουν ως εξής:
- Συνεπεί με το σύμπτωμα ή τη διάγνωση και τη θεραπεία κατάστασης, ασθένειας ή τραυματισμού, και
  - Κατάλληλες σε σχέση με τα πρότυπα αποδεκτής επαγγελματικής πρακτικής (ιατρικά πρωτόκολλα) και
  - Δεν εκτελούνται για τη διευκόλυνση του Ασφαλισμένου Προσώπου, του Ιατρού ή οποιουδήποτε άλλου παρόχου, και
  - Θεωρούνται ως η καταλληλότερη προσφορά ή επίπεδο υπηρεσίας, που μπορεί να παρασχεθεί. Όταν εφαρμόζονται εντός Νοσοκομείου, εννοείται ότι τα ιατρικά συμπτώματα ή κατάσταση, απαιτούν ότι οι υπηρεσίες ή οι προμήθειες δεν θα μπορούσαν να παρασχεθούν με ασφάλεια εκτός νοσοκομείου, και
  - Δεν αποτελούν μέρος ή δεν σχετίζονται με τη ακαδημαϊκή εκπαίδευση ή την επαγγελματική κατάρτιση του ασθενούς και
  - Δεν είναι πειραματικές ή διερευνητικές.
- 47. Νοσηλευτική στο σπίτι:** Οι υπηρεσίες εντός του σπιτιού του Ασφαλισμένου Προσώπου που παρέχονται από νοσοκόμα με κρατική άδεια, και έχουν συνταγογραφηθεί από γιατρό για ιατρικούς λόγους.
- 48. Θεραπεία εξωτερικών ασθενών:** Υπηρεσίες, προμήθειες ή εξοπλισμός που λαμβάνονται ενώ δεν είστε Εσωτερικός ασθενής σε νοσοκομείο ή άλλη μονάδα ιατρικής περίθαλψης ή δεν διανυκτερεύετε εντός νοσοκομείου. Η χειρουργική Εξωτερικού Ασθενούς στα εξωτερικά ιατρεία περιλαμβάνει όλες τις επεμβατικές διαδικασίες, συμπεριλαμβανομένων των διαδικασιών κολονοσκόπησης και ενδοσκόπησης.
- 49. Πάροχος εκτός δικτύου:** Πάροχοι που δεν αποτελούν μέρος του δικτύου προτιμώμενων παρόχων.
- 50. Παρηγορητική Θεραπεία:** ο πρωταρχικός σκοπός της οποίας είναι μόνο να προσφέρει προσωρινή ανακούφιση από τα συμπτώματα παρά να θεραπεύσει την ασθένεια ή τον τραυματισμό που προκαλεί τα συμπτώματα.
- 51. Ιατρός ή Ειδικός:** Κάθε πρόσωπο που έχει δεόντως άδεια και πληροί όλους τους νόμους, τους κανονισμούς και τις απαιτήσεις της δικαιοδοσίας στην οποία ασκεί ιατρική, οστεοπαθητική ή ποδιολογία και ενεργεί εντός του πεδίου εφαρμογής αυτής της άδειας. Αυτός ο όρος δεν περιλαμβάνει: (1) ασκούμενο ή (2) άτομο σε εκπαίδευση.
- 52. Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο:** Η συμφωνία μεταξύ του Ασφαλιστή και του Ασφαλιζόμενου. Το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, το Πιστοποιητικό Ασφάλισης, το Πρόγραμμα Παροχών, το Έντυπο Αίτησης Ασφάλισης και οι τυχόν Πρόσθετες Πράξεις αποτελούν το σύνολο της σύμβασης μεταξύ των μερών.
- 53. Ημερομηνία έναρξης ισχύος του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου:** Η ημερομηνία έναρξης ισχύος του παρόντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου, για πρώτη φορά, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη μεταγενέστερες ανανεώσεις.
- 54. Ασφαλισμένος:** Το πρόσωπο που έχει συμπληρώσει Αίτηση Ασφάλισης, πληροί τα κριτήρια επιλεξιμότητας, και το όνομα του οποίου αναγράφεται στο Πιστοποιητικό Ασφάλισης και για το οποίο έχει καταβληθεί το απαιτούμενο ασφάλιστρο. Ο Κάτοχος της Ασφάλισης μπορεί επίσης να αναφέρεται ως Κύριος Ασφαλισμένος, Εσείς στο παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο.
- 55. Περίοδος Ασφάλισης (ή Έτος Ασφάλισης):** Η χρονική περίοδος κατά την οποία ισχύει το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, δεδομένου ότι πληρούνται όλες οι προϋποθέσεις του παρόντος. Η Περίοδος Ασφάλισης ξεκινά από την Ημερομηνία Έναρξης του Ασφαλιστηρίου και λήγει την Ημερομηνία Λήξης του Ασφαλιστηρίου όπως αυτές αναγράφονται στο Πιστοποιητικό Ασφάλισης.
- 56. Προϋπάρχουσα κατάσταση:** Ιατρική πάθηση / συμπτώματα, τραυματισμός, ασθένεια, πάθηση ή άλλες σωματικές ιατρικές, ψυχικές ή νευρικές καταστάσεις, διαταραχές ή παθήσεις (είτε είναι γνωστές είτε άγνωστες), που έχουν είτε διερευνηθεί είτε δεν έχουν διαγνωσθεί, ή οποιαδήποτε χρόνια, μεταγενέστερη ή επαναλαμβανόμενη επιπλοκή ή συνέπεια που σχετίζεται ή προκύπτει από μια ιατρική κατάσταση, για την οποία ιατρικές συμβουλές, διάγνωση, φροντίδα ή θεραπεία (συμπεριλαμβανομένων υπηρεσιών και ιατρικών προμηθειών, συμβουλών, διαγνωστικών εξετάσεων ή συνταγογραφούμενων φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένων φαρμάκων, σκευασμάτων, ειδικών διαιτών, ενέσεων ή άλλων μορφών φαρμάκων) αναζητήθηκε από εσάς, συστάθηκε σε εσάς ή ελήφθη από εσάς - ανεξαρτήτως από το αν ήσαστε ενήμεροι ή έπρεπε να ήσαστε ενήμεροι ότι είχατε την ιατρική κατάσταση κατά τους τελευταίους 24 μήνες πριν από την ημερομηνία έναρξης της περιόδου ασφάλισης.
- 57. Δίκτυο προτιμώμενων παρόχων:** Πάροχοι, όπως Νοσοκομείο, κλινική ή Ιατρός που έχει συνάψει συμφωνία για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών με ειδικές εκπτώσεις, σε άτομα που είναι ασφαλισμένα από εμάς.
- 58. Ασφάλιστρο (α):** Το τίμημα που οφείλει ο Ασφαλισμένος στον Ασφαλιστή προκειμένου να εξασφαλίσει τα οφέλη για τους δικαιούχους βάσει του παρόντος Ασφαλιστηρίου.

**44. Medical Emergency:** A sudden, unexpected, and unforeseen event caused by an illness or injury that manifests itself by symptoms of sufficient severity that a prudent layperson would reasonably expect that failure to receive immediate medical attention would place the health of the person in serious jeopardy.

**45. Medical Expenses:** All reasonable and necessary costs incurred in respect of medical or surgical treatment of an acute medical condition given by a physician and/or any surgeon, radiologist or other specialists to whom the Insured Person has been referred.

**46. Medically Necessary:** Those services or supplies which are provided by Hospital, Physician or other approved medical providers that are required to identify or treat an illness or injury and which, as determined by Insurer, are as follows:

- Consistent with the symptom, or diagnosis and treatment of condition, disease or injury, and
- Appropriate with regard to standards of accepted professional practice, and
- Not solely for the Insured Person's convenience, the Physician's convenience or any other provider's convenience, and
- The most appropriate supply or level of service, which can be provided. When applied to an In-patient, it further means that the medical symptoms or condition require that the services or supplies cannot be safely provided as an Out-patient, and
- Is not a part of or associated with the scholastic education or vocational training of the patient, and
- Is not Experimental or Investigative.

**47. Nursing at Home:** The services within the Insured Person's home of a government-licensed nurse prescribed by a physician for medical (as distinct from domestic) reasons.

**48. Out-patient Treatment:** Services, supplies or equipment received while not an In-patient in a hospital, other medical care facility, or overnight stay. Out-patient surgery is inclusive of all invasive procedures including colonoscopy and endoscopy procedures.

**49. Out-of-Network Provider:** Providers that are not part of the Preferred Provider Network.

**50. Palliative:** Treatment, the primary purpose of which is only to offer temporary relief of symptoms rather than to cure the illness or injury causing the symptoms.

**51. Physician or Specialist:** Any person who is duly licensed and meets all of the laws, regulations, and requirements of the jurisdiction in which he practices medicine, osteopathy or podiatry and who is acting within the scope of that license. This term does not include: (1) an intern, or (2) a person in training.

**52. Policy:** The agreement between the Insurer and the Policyholder. This Policy, Certificate of Insurance, Schedule of Benefits, the Policyholder application form, and riders make up the entire contract between the parties.

**53. Policy Effective Date:** The date that this Policy is first implemented, without regard to renewals thereafter.

**54. Policyholder:** The person that has completed an application, meets the eligibility criteria, whose name is listed on the Certificate of Insurance, and for whom the required Premium has been paid. The Policyholder may also be referenced as the Primary Insured, You, or Your in this Policy.

**55. Policy Period (or Policy Year):** The period of time during which this Policy is in effect, provided all Policy conditions are met. The Policy Period begins on the Policy Effective Date and ends on the Policy End Date as shown on the Certificate of Insurance.

**56. Pre-existing Condition:** Medical condition/symptoms, Injury, Illness, sickness, disease, or other physical medical, mental or nervous conditions, disorder or ailment (whether known or unknown), whether or not investigated or diagnosed or any chronic, subsequent or recurring complication or consequence associated with or arising from a medical condition, for which medical advice, diagnosis, care or treatment (including services and supplies, consultations, diagnostic test or prescription medication including drugs, medicines, special diets, injections or other forms of medication) was sought by, recommended for or received by You; whether or not You were aware or should have been aware You had the medical condition, during the 24 months prior to the commencement date of the period of insurance.

**57. Preferred Provider Network:** Providers, such as Hospital, clinic or Physician that has entered into an agreement to provide medical services at a discount to persons insured by Us.

**58. Premium (s):** The consideration owed by the Policyholder to the Insurer in order to secure benefits for its eligible Employees under this Policy.

- 59. Τρόπος πληρωμής ασφαλιστρών:** Ο επαναλαμβανόμενος χρονικός κύκλος, κατά τον οποίο το Ασφάλιστρο για το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο είναι οφειλόμενο.
- 60. Συνταγογραφούμενα φάρμακα:** Συνταγογραφούμενα φάρμακα είναι τα φάρμακα που συνταγογραφούνται από ιατρό και τα οποία δεν θα ήταν διαθέσιμα χωρίς συνταγή. Ορισμένες θεραπείες και φάρμακα, όπως βιταμίνες, βότανα, ασπιρίνες, φάρμακα για κρυολογήματα, σκευάσματα, πειραματικά ή ερευνητικά φάρμακα ή /και ιατρικές προμήθειες, ακόμη και όταν συνιστώνται από γιατρό, δεν πληρούν τις προϋποθέσεις ως συνταγογραφούμενα φάρμακα.
- 61. Ιδιωτικό δωμάτιο:** Το κόστος ενός τυπικού μονόκλινου ιδιωτικού δωματίου όταν απαιτείται ως μέρος της θεραπείας σας. Ενδέχεται να εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα του Παρόχου.
- 62. Επίπεδο προϊόντος:** Το επίπεδο κάλυψης που παρέχεται βάσει αυτής του παρόντος Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου.
- 63. Πάροχος:** Ο οργανισμός ή το άτομο που εκτελεί ή παρέχει θεραπεία, υπηρεσίες, προμήθειες ή φάρμακα.
- 64. Αποκατάσταση:** Θεραπευτικές υπηρεσίες που αποσκοπούν στη βελτίωση της ιατρικής κατάστασης ενός ασθενούς εντός προκαθορισμένου χρονικού διαστήματος μέσω της θέσπισης ενός προγράμματος συντήρησης που έχει σχεδιαστεί για τη διατήρηση της τρέχουσας κατάστασης του ασθενούς, την πρόληψη της επιδείνωσης και τη βοήθεια στην ανάρρωση.
- 65. Κέντρο Αποκατάστασης:** Κέντρο αποκατάστασης, αδειοδοτημένο σύμφωνα με τη νομοθεσία των κατά τόπους αρμόδιων αρχών. Εξαιρούνται τα νοσοκομεία όπως ορίζονται αλλού στο παρόν.
- 66. Συγγενής σε πρώτο ή δεύτερο βαθμό:** Σύζυγος, γονείς (πεθερικά), τέκνα και το πρόσωπο με το οποίο ο Ασφαλισμένος συζεί σε μόνιμη βάση, αδερφοί (κουινιάδοι), αδερφές (κουινιάδες), παππούδες και γιαγιάδες και εγγόνια.
- 67. Πίνακας Παροχών:** Η συνοπτική περιγραφή των παροχών που αγόρασε ο Ασφαλισμένος, τα επίπεδα αποζημιώσεων και τα μέγιστα όρια παροχών, που παρέχονται σύμφωνα με το παρόν Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο. Το Πρόγραμμα Παροχών αποτελεί μέρος του παρόντος.
- 68. Ειδικός (Ιατρός, Αναισθησιολόγος και Χειρουργός):** Άτομο με τα απαιτούμενα προσόντα και με νόμιμη άδεια άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος στη χώρα όπου παρέχεται θεραπεία και που είναι κάτοχος πιστοποιητικού ειδικευμένης εκπαίδευσης (ή ισοδύναμο που είναι αποδεκτό από εμάς). Ο ειδικός πρέπει να ασκεί το επάγγελμα στο πλαίσιο της άδειας και της εκπαίδευσής του.
- 69. Τρομοκρατική Ενέργεια:** Τρομοκρατική ενέργεια σημαίνει, πράξη ή πράξεις οποιουδήποτε ατόμου ή ομάδων ατόμων, που διαπράττονται για πολιτικούς, θρησκευτικούς, ιδεολογικούς ή παρόμοιους σκοπούς, με σκοπό να επηρεάσουν οποιαδήποτε κυβέρνηση ή/και να εκφοβίσουν το κοινό, ή οποιοδήποτε τμήμα του. Η τρομοκρατική ενέργεια μπορεί να περιλαμβάνει, αλλά δεν περιορίζεται σε, την πραγματική χρήση βίας ή βιοπραγίας ή/και την απειλή μιας τέτοιας ενέργειας. Επιπλέον, οι δράστες της τρομοκρατικής ενέργειας μπορούν είτε να ενεργούν μόνοι τους, είτε για λογαριασμό ή σε σχέση με οποιαδήποτε οργάνωση ή κυβέρνηση.
- 70. Παραδοσιακή Κινεζική Ιατρική:** Ολοκληρωμένο σύστημα ιατρικής υγειονομικής περίθαλψης που αποτελείται από μια σειρά από παραδοσιακές θεραπείες, συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά: βελονισμός, βελονισμός διέγερσης (acupressure), μοξοθεραπεία (moxibustion), βοτανοθεραπεία, διατροφή και ασκήσεις (τάι τσι και τσιγκόνγκ).
- 71. Έξοδα μετακίνησης:** Μεταφορά με βάση την κατώτερη κατηγορία του μεταφορικού μέσου στο οποίο γίνεται η μετακίνηση.
- 72. Συνήθης, Κοινή και Εύλογη (UCR):** Το χαμηλότερο από: 1) τη συνήθη χρέωση του παρόχου για την παροχή της θεραπείας, της υπηρεσίας ή της παροχής ή 2) η χρέωση που καθορίζεται από Εμάς ως η γενική τιμή που χρεώνουν άλλοι που παρέχουν τέτοιες θεραπείες, υπηρεσίες ή ιατρικές προμήθειες σε άτομα: 1) που κατοικούν στην ίδια γεωγραφική περιοχή και 2) των οποίων η ασθένεια ή ο τραυματισμός είναι συγκρίσιμος ως προς τη φύση και τη σοβαρότητα.  
Η συνήθης, κοινή και εύλογη χρέωση για μια θεραπεία, υπηρεσία ή παροχή που είναι ασυνήθιστη ή δεν παρέχεται συχνά στην περιοχή ή που παρέχεται από μικρό μόνο αριθμό παρόχων στην περιοχή, θα καθοριστεί από εμάς. Θα εξετάσουμε παράγοντες όπως: 1) πολυπλοκότητα, 2) βαθμός απαιτούμενης δεξιοτήτων, 3) τύπος ειδικού που απαιτείται, 4) εύρος υπηρεσιών ή προμηθειών που παρέχονται από μια εγκατάσταση και 5) η επικρατούσα χρέωση σε άλλες περιφέρειες/περιοχές.
- 73. Περίοδος Αναμονής:** Η χρονική περίοδος που καθορίζεται στο Πρόγραμμα Παροχών που πρέπει να περάσει πριν ξεκινήσει η κάλυψη. Η Περίοδος Αναμονής ξεκινά από την Ημερομηνία Ισχύος κάλυψης του Ασφαλισμένου.
- 74. Εμπόλεμη ζώνη:** Περιοχή όπου διεξάγεται πόλεμος ή υπάρχει κάποια άλλη βίαιη σύγκρουση.
- 75. Εμείς, εμάς, μας:** HDI Global Specialty SE

- 59. Premium Payment Mode:** The recurring cycle of Insurance upon which the Premium for this Policy is due.
- 60. Prescription Medications:** Prescription Medications are medications which are prescribed by a Physician and which would not be available without such prescription. Certain treatments and medications, such as vitamins, herbs, aspirin, cold remedies, medicines, experimental or Investigative medications, or medical supplies even when recommended by a Physician, do not qualify as Prescription Medications.
- 61. Private room:** The cost of a standard single private room when required as part of your treatment. This may be subject to the availability of the Provider.
- 62. Product Level:** The level of cover provided under this Policy.
- 63. Provider:** The organization or person performing or supplying treatment, services, supplies or medications.
- 64. Rehabilitation:** Therapeutic services designed to improve a patient's medical condition within a predetermined time period through establishing a maintenance program designed to maintain the patient's current condition, prevent it from deteriorating and assist in recovery.
- 65. Rehabilitation Centre:** A rehabilitation center registered in accordance with the competent authorities' legislation but excluding hospitals as defined elsewhere.
- 66. Relative in the first or second degree:** Spouse, parents (-in-law), children and the person with whom the Insured Person lives together on a permanent basis. Brothers (in-law), Sisters (in-law), grandparents and grandchildren.
- 67. Schedule of Benefits:** The summary description of the benefits purchased by the employer, payment levels and maximum benefits, provided under this Policy. The Schedule of Benefits is part of this Policy.
- 68. Specialist (Physician, Anesthetist and Surgeon):** A person suitably qualified and legally licensed to practice medicine in the country where treatment is provided and who holds a certificate of specialist training (or an equivalent which is accepted by us). The specialist must be practicing within the scope of his/her license and training.
- 69. Terrorist Activity:** Terrorist activity means an act, or acts, of any person, or groups of persons, committed for political, religious, ideological or similar purposes with the intention to influence any government and/or to put the public, or any section of the public, in fear. Terrorist activity can include, but not be limited to, the actual use of force or violence and/or the threat of such use. Furthermore, the perpetrators of terrorist activity can either be acting alone, or on behalf of, or in connection with any organization or government.
- 70. Traditional Chinese Medicine:** A comprehensive medical health care system comprised of a range of traditional therapies including, but not limited to: acupuncture, acupressure, moxibustion, herbal medicine, nutrition, and exercises (tai chi and qigong).
- 71. Travel expenses:** Transport based on the lowest class of the means of transport in which travelling is done.
- 72. Usual, Customary and Reasonable (UCR):** The lower of: 1) the provider's usual charge for furnishing the treatment, service or supply; or 2) the charge determined by Us to be the general rate charged by others who render or furnish such treatments, services or supplies to persons: 1) who reside in the same geographical area; and 2) whose Illness or Injury is comparable in nature and severity. The Usual, Customary, and Reasonable charge for a treatment, service or supply that is unusual, or not often provided in the area, or that is provided by only a small number of providers in the area, will be determined by Us. We will consider such factors as: 1) complexity, 2) degree of skill needed, 3) type of specialist required, 4) range of services or supplies provided by a facility, and 5) the prevailing charge in other areas/regions.
- 73. Waiting Period:** The period of time specified on the Schedule of Benefits which must pass before coverage will begin. The Waiting Period begins on the Insured's Effective Date of coverage.
- 74. War zone:** An area where a war is taking place or there is some other violent conflict.
- 75. We, Us and Our:** HDI Global Specialty SE





**Διανέμεται από:**  
AKD Insurance  
Ραφαήλ Σάντι 5  
1<sup>ος</sup> όροφος, Γραφείο 101  
6052 Λάρνακα, Κύπρος



**Παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη από:**  
HDI Global Specialty SE  
HDI-Platz 1  
30659 Αννόβερο, Γερμανία  
Αριθμός Εμπορικού Μητρώου: HRB 211924