



Ασφαλιστήριο
Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης

CyprusCHOICE

Οδηγός Μέλους



COSMOS
insurance

Για πάντα δίπλα σας.

Καλωσορίσατε στο CyprusCHOICE

Αυτός ο οδηγός μέλους περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να χρησιμοποιείτε το σχέδιο **σας** και πρέπει να διαβάζεται σε συνάρτηση με τον **πίνακα παροχών** και το **πιστοποιητικό ασφάλισης σας** τα οποία επισημαίνουν τις **παροχές** που εφαρμόζονται στην **κάλυψη σας**.

Παρακαλούμε όπως μελετήσετε αυτά τα έγγραφα με προσοχή για να βεβαιωθείτε ότι γνωρίζετε όλες τις **παροχές**, τους **όρους** και τις **προϋποθέσεις** που εφαρμόζονται στην παρεχόμενη **κάλυψη**.

Παρακαλούμε επικοινωνήστε μαζί **μας** σε περίπτωση που έχετε οποιαδήποτε απορία σε σχέση με οποιαδήποτε παρεχόμενη **κάλυψη**, χρειάζεστε περαιτέρω λεπτομέρειες σε σχέση με αυτό το **ασφαλιστήριο** ή θέλετε να κάνετε οποιοσδήποτε αλλαγές αναφορικά με τις προσωπικές **σας** περιστάσεις ή πληροφορίες. Τα στοιχεία επικοινωνίας βρίσκονται στο μέρος 1 του παρόντος εγγράφου.

Περιεχόμενα

01	/ Επικοινωνήστε μαζί μας	2
02	/ Πακέτο μέλους	4
03	/ Κατανοώντας το ασφαλιστήριο	6
04	/ Πώς να υποβάλετε απαίτηση	10
05	/ Τι καλύπτεται / Τι δεν καλύπτεται	14
06	/ Ορισμοί	20
07	/ Γενικοί όροι	26
08	/ Τρόπος υποβολής παραπόνου	34

Σημαντική Πληροφόρηση

Στον οδηγό μέλους εμφανίζονται συγκεκριμένες λέξεις και φράσεις γραμμένες με **έντονους** χαρακτήρες. Αυτό δεικνύει πως έχουν ειδική ιατρική ή νομική ερμηνεία. Παρακαλούμε όπως ανατρέξετε στο μέρος 6 «ορισμοί».

01

Επικοινωνήστε μαζί μας



Επικοινωνήστε μαζί μας

Αντιλαμβανόμαστε ότι υπάρχουν φορές που χρειάζεστε να επικοινωνήσετε μαζί μας για πληροφορίες. Τα ερωτήματά σας μπορεί να είναι διευκρινιστικού τύπου αναφορικά με την **κάλυψη σας**, κατά πόσο μία συγκεκριμένη **ιατρική κατάσταση** καλύπτεται δυνάμει του **ασφαλιστηρίου**, τον τρόπο υποβολής αίτησης ή εξασφάλισης **προέγκρισης** για την **περίθαλψη/θεραπεία σας** ή πληροφόρηση σε σχέση με το στάδιο που βρίσκεται η απαιτήσή σας. Πιο κάτω παρατίθενται τα βασικά στοιχεία επικοινωνίας και πληροφορίες για την ψηφιακή κάρτα μέλους.

Για απαιτήσεις εντός Κύπρου και για διεθνής απαιτήσεις και υπηρεσία επείγουσας βοήθειας

T: +357 22796015

E: medicalclaims@cosmosinsurance.com.cy

Βασικά στοιχεία επικοινωνίας και η ψηφιακή κάρτα μέλους σας

Όλα τα βασικά στοιχεία επικοινωνίας και η ψηφιακή κάρτα μέλους σας είναι διαθέσιμα στην έξυπνη εφαρμογή και στην διαδικτυακή πύλη μέλους.

Μπορείτε να κατεβάσετε την έξυπνη εφαρμογή από το AppStore για iOS ή Google Play για Android.



Για γενικές απορίες σε σχέση με το ασφαλιστήριό σας:

Κόσμος Ασφαλιστική Εταιρεία Δημόσια Λτδ.

T: +357 77 77 6006

E: info@cosmosinsurance.com.cy

Έξυπνη εφαρμογή και πύλη μέλους

Η έξυπνη εφαρμογή και η πύλη μέλους σας παρέχει τη δυνατότητα να υποβάλετε τις απαιτήσεις σας διαδικτυακά, να ελέγξετε σε ποιο στάδιο βρίσκεται η απαίτησή σας, να ζητήσετε γραπτή επιστολή προέγκρισης, να δείτε σημαντικά στοιχεία του συμβολαίου σας και το **Πιστοποιητικό Ασφάλισης σας** καθώς και να βρείτε παρόχους υπηρεσιών υγείας.

Μπορείτε να επισκεφτείτε την διαδικτυακή πύλη μέλους σας στην πιο κάτω διεύθυνση:

www.cosmosonline.cy/url/medical-client-portal

Το όνομα χρήστη και ο κωδικός πρόσβασης σας θα σας δοθεί όταν ενταχθείτε στο σχέδιο.

02

Πακέτο μέλους



Πακέτο μέλους

Ο παρών οδηγός μέλους αποτελεί μέρος του δικού σας πακέτου μέλους, το οποίο αποτελείται από τα ακόλουθα έγγραφα/αντικείμενα:

1. Πιστοποιητικό Ασφάλισης

Το **πιστοποιητικό ασφάλισης σας**, περιγράφει το επίπεδο της **κάλυψης** σύμφωνα με το **ασφαλιστήριο** και παρέχει πληροφορίες σε σχέση με:

- την γεωγραφική περιοχή που εφαρμόζεται η **κάλυψη σας**
- την **ημερομηνία έναρξης** της **κάλυψης σας**
- τις **παροχές**, προϋποθέσεις και εξαιρέσεις
- την **ημερομηνία ανανέωσης** του **ασφαλιστηρίου**
- τα ονόματα και την **ημερομηνία ένταξης** κάθε **εξαρτώμενου** προσώπου που καλύπτεται δυνάμει του **ασφαλιστηρίου**
- οποιοδήποτε **αφαιρετέο ποσό, συνασφάλιση** και **περιόδους αναμονής** που μπορεί να εφαρμόζονται, και
- τους όρους ασφάλισης που εφαρμόζονται στο **ασφαλιστήριο**.

Θα λάβετε πιστοποιητικό ασφάλισης όταν:

- ενταχθείτε στο πρόγραμμα CyprusCHOICE
- τροποποιήσετε τα προσωπικά **σας** στοιχεία (π.χ. πρόσθεση ή αφαίρεση **εξαρτώμενων** προσώπων)
- η **κάλυψη σας** θα ανανεωθεί, στην αρχή της **ημερομηνίας ανανέωσης** κάθε σύμβασης ασφάλισης

Ελέγξτε το **πιστοποιητικό ασφάλισης σας** για να επιβεβαιώσετε πως όλα τα προσωπικά **σας** στοιχεία είναι ορθά. Στην περίπτωση όπου είναι απαραίτητο να γίνουν οποιοσδήποτε διορθώσεις, επικοινωνήστε μαζί **μας** το συντομότερο δυνατόν. Σας συμβουλεύουμε όπως διατηρείτε το **πιστοποιητικό ασφάλισης σας** σε καλή κατάσταση, καθότι μπορεί να καταστεί αναγκαία η παρουσίαση του σε συγκεκριμένες δικαιοδοσίες για σκοπούς ανανέωσης της βίζας **σας** και απόδειξης της **κάλυψης σας**.

2. Πίνακας Παροχών

Ο **πίνακας παροχών** παραθέτει όλες τις υπηρεσίες και διαδικασίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που καλύπτονται σύμφωνα με το **ασφαλιστήριο σας**. Παρακαλείστε όπως μελετήσετε προσεκτικά το **ασφαλιστήριο** ώστε να κατανοήσετε τι καλύπτεται, τι δεν καλύπτεται και τα χρηματικά όρια που εφαρμόζονται.

Πίνακας Ασφαλιστηρίου

Ο **Πίνακας Ασφαλιστηρίου** περιγράφει το επίπεδο της **κάλυψης** σύμφωνα με το **ασφαλιστήριο** και παρέχει πληροφορίες σε σχέση με:

- Τα στοιχεία του **Συμβαλλόμενου, του Κυρίως Μέλους** και όλων των **ασφαλισμένων προσώπων**
- Την **ημερομηνία έναρξης** της **κάλυψης σας**
- Τον αριθμό **ασφαλιστηρίου**
- Την **περίοδο κάλυψης**
- Λεπτομέρειες της ασφαλιστικής κάλυψης όπως γεωγραφική περιοχή κάλυψης, **παροχές, αφαιρετέο ποσό** και **συνασφάλιση** (εάν εφαρμόζεται)
- Το ασφάλιστρο δόσης, το ολικό ασφάλιστρο ασφαλιστικής **περιόδου κάλυψης**, τη συχνότητα και τον τρόπο πληρωμής του ασφάλιστρου.

3. Κάρτα Μέλους

Θα θέλαμε να **σας** ενημερώσουμε ότι σεβόμενοι το περιβάλλον και με στόχο την προαγωγή της εταιρικής κοινωνικής **μας** ευθύνης, η Εταιρεία **μας** αποφάσισε όπως περιορίσει την αποστολή αρχείων σε έντυπη μορφή και την χρήση πλαστικού.

Ως εκ τούτου μπορείτε να βρείτε την δικής **σας** ψηφιακή κάρτα μέλους και των **εξαρτώμενων σας** στην διαδικτυακή πύλη μέλους κα στην έξυπνη εφαρμογή.

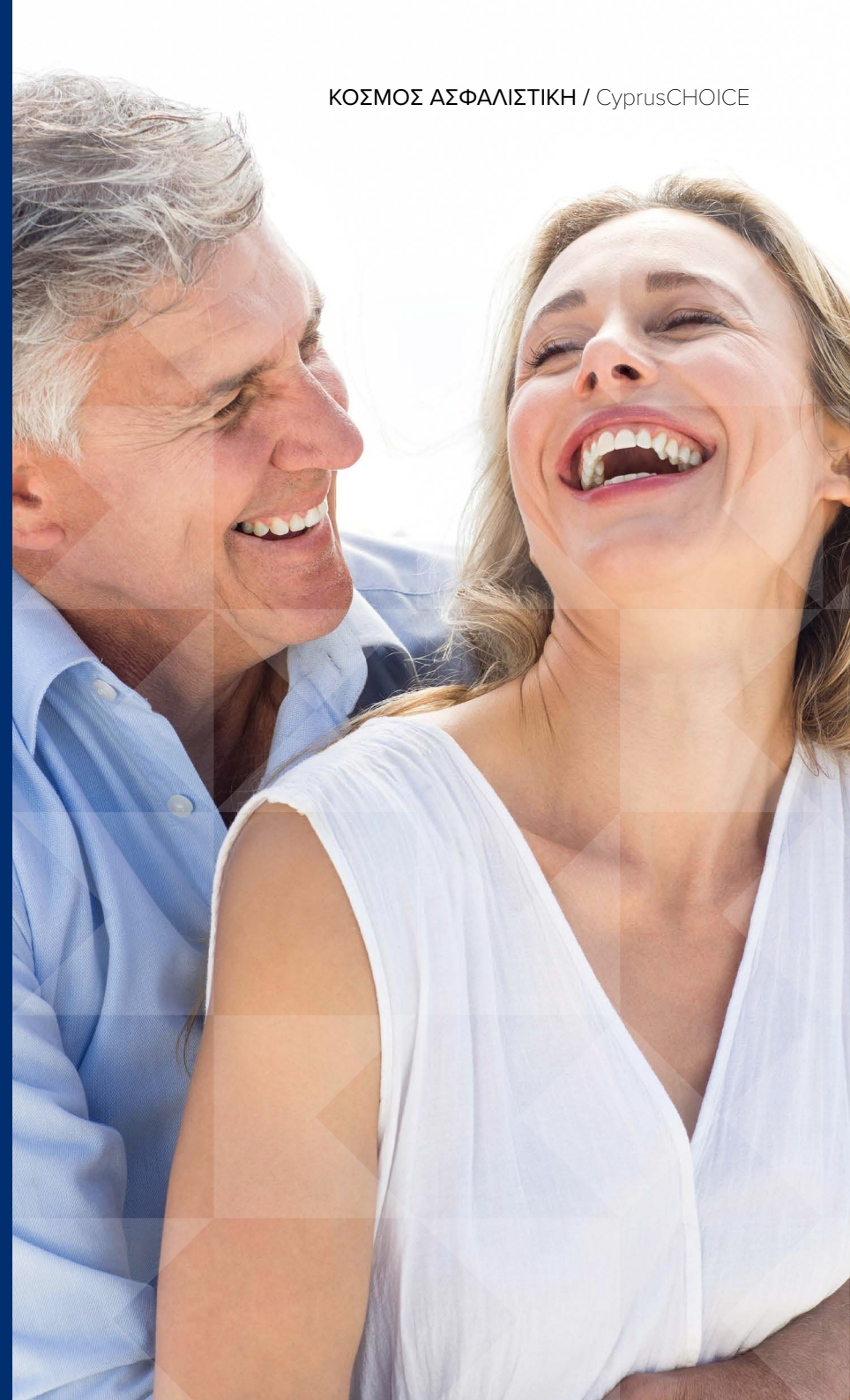
Αν επιθυμείτε να παραλάβετε την πλαστική κάρτα μέλους, παρακαλούμε όπως **μας** ενημερώσετε για να **σας** την αποστείλουμε.

Σημειώστε ότι η κατοχή αυτής της κάρτας δεν εγγυάται απαραίτητως κάλυψη. Εάν **εσείς** δεν καλύπτεστε πλέον από το **ασφαλιστήριο**, η κάρτα **σας** και ο αριθμός μέλους **σας** δεν θα έχουν ισχύ.

Εάν **εσείς** ή οποιοδήποτε άλλο **ασφαλισμένο πρόσωπο** απωλέσετε την κάρτα μέλους, ή εάν είναι απαραίτητη οποιαδήποτε διόρθωση, απλά επικοινωνήστε μαζί **μας** και θα διευθετήσουμε να **σας** αποσταλεί νέα κάρτα.

03

Κατανοώντας το ασφαλιστήριο



Κατανοώντας το ασφαλιστήριο

Το **ασφαλιστήριο** έχει σχεδιαστεί για να **σας** παρέχει οικονομική ασφάλεια για τις στιγμές που μπορεί να χρειαστεί να λάβετε **περίθαψη/θεραπεία** και να υποστείτε έξοδα.

Καλύπτουμε **περίθαψη/θεραπεία**, η οποία, σύμφωνα με τη γνώμη ενός προσοντούχου **ιατρού/ειδικού**, είναι αρμόζουσα και συμβατή με τη διάγνωση, είναι αποδεδειγμένα **ιατρικώς αναγκαία** και είναι σύμφωνη με τα γενικώς αποδεκτά ιατρικά πρότυπα.

Ο **πίνακας παροχών σας** και το **πιστοποιητικό ασφάλισης σας** θα **σας** επιβεβαιώσουν ποιες **παροχές** είναι διαθέσιμες σε **εσάς**.

Για να **μας** βοηθήσετε να **σας** παρέχουμε αποτελεσματικά την αναγκαία στήριξη, **σας** συστήνουμε όπως επικοινωνήσετε μαζί **μας** για να εξασφαλίσετε **προέγκριση** για την κάλυψη συγκεκριμένων ειδών **περίθαψης/θεραπείας** και υπηρεσιών. Αυτό θα **μας** επιτρέψει να εξετάσουμε την απαιτούμενη **περίθαψη/θεραπεία** και τα σχετικά έξοδα και να **σας** ενημερώσουμε κατά πόσο καλύπτεστε σύμφωνα με τους όρους του **ασφαλιστηρίου**. Συστήνουμε να επικοινωνήσετε μαζί **μας** πριν από οποιαδήποτε προγραμματισμένη, μη **επείγουσα** νοσηλεία ή λήψη **περίθαψης/θεραπείας**. Μπορείτε να ανατρέξετε στο μέρος 01 του παρόντος εγγράφου, για πληροφορίες επικοινωνίας με την ομάδα εξυπηρέτησης πελατών που διαθέτουμε. Επιπρόσθετα μπορείτε να βρείτε έντυπο **προέγκρισης** από την πύλη μέλους και την έξυπνη εφαρμογή.

Υπάρχουν κάποιες υπηρεσίες για τις οποίες χρειάζεται ρητά να εξασφαλίσετε προέγκριση και αυτές παρατίθενται πιο κάτω:

- οποιαδήποτε **περίθαψη/θεραπεία** ως **εσωτερικός ασθενής** ή **ημερήσιος ασθενής** στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
- φροντίδα για **καρκίνο**
- **επείγουσα βοήθεια** και υπηρεσίες εκκένωσης και επαναπατρισμού συμπεριλαμβανομένου επαναπατρισμού σορού ή υπολειμμάτων αυτής
- ταξίδι συμπαράστασης
- χειρουργική επέμβαση επανόρθωσης ή αναδόμησης
- **ανακουφιστική φροντίδα**
- ψυχιατρική **περίθαψη/θεραπεία** και ψυχοθεραπεία (**περίθαψη/θεραπεία** ως **εσωτερικός ασθενής**)
- κατ' οίκον νοσηλεία
- υπηρεσίες μεταμόσχευσης
- υπηρεσίες **αποκατάστασης**
- αιμοκάθαρση και
- **φροντίδα νεογνού**

Αυτές οι παροχές, σημειώνονται με το εικονίδιο (📍) στον **πίνακα παροχών σας**.

Έχετε πρόσβαση στις υπηρεσίες **μας** μέσω της ομάδας διαχείρισης απαιτήσεων που διαθέτουμε. Τα στοιχεία επικοινωνίας είναι διαθέσιμα στην πύλη μέλους και στην έξυπνη εφαρμογή καθώς και στο μέρος 01 του παρόντος εγγράφου.

Σημαντική Πληροφόρηση

Παράλειψη να λάβετε προέγκριση στις υπηρεσίες όπου είναι υποχρεωτική η λήψη προέγκρισης, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα να καταστείτε υπεύθυνοι για την πληρωμή μέρους ή ολόκληρου του ποσού των σχετικών εξόδων.

Αφαιρετέα Ποσά και Συνασφαλίσεις

Ενδεχομένως να εφαρμόζονται στο **Ασφαλιστήριο σας αφαιρετέα ποσά** και/ή **συνασφαλίσεις**. Σε αυτήν την περίπτωση θα πρέπει να συνεισφέρετε στα έξοδα της **περίθαψης/θεραπείας σας**. Παρακαλείστε όπως αναφερθείτε στα ακόλουθα:

1. στο **πιστοποιητικό ασφάλισης σας** για να εντοπίσετε τα **αφαιρετέα ποσά** και **συνασφαλίσεις** που εφαρμόζονται στο **ασφαλιστήριο**
2. στον **πίνακα παροχών σας** για επεξήγηση του τρόπου και των περιπτώσεων όπου **τα αφαιρετέα ποσά** και **συνασφαλίσεις** εφαρμόζονται στην **κάλυψη σας**
3. στο μέρος 06 του παρόντος εγγράφου για την ερμηνεία κάθε όρου

Περίοδοι Αναμονής

Συγκεκριμένες **παροχές** μπορεί να υπόκεινται σε **περίόδους αναμονής**. Αυτές οι **περίοδοι αναμονής** ξεκινούν από την **ημερομηνία έναρξης** του **ασφαλιστηρίου** ή από την **ημερομηνία ένταξης σας** (οποιοδήποτε συνέβη αργότερα) και αναφέρονται στο **πιστοποιητικό ασφάλισης σας**.

Κατανοώντας το ασφαλιστήριο /συνέχεια

Τι να κάνετε σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης

Όπου είναι εφικτό, σε περίπτωση **έκτακτης ανάγκης**, παρακαλείστε όπως επικοινωνήσετε με την ομάδα διαχείρισης απαιτήσεων **μας**, της οποίας τα στοιχεία επικοινωνίας αναγράφονται στο μέρος 01 του παρόντος εγγράφου καθώς και στην πύλη μέλους και στην έξυπνη εφαρμογή για κινητά τηλέφωνα.

Η ομάδα των ειδικά καταρτισμένων συμβούλων **μας** μπορούν να βοηθήσουν στο συντονισμό των διευθετήσεων με τα τοπικά **νοσοκομεία** ή ακόμη να διευθετήσουν την εκκένωση ή τον επαναπατρισμό, αναλόγως των συνθηκών **σας**. Εν τούτοις, μπορεί να υπάρξουν περιπτώσεις όπου δεν σας είναι εφικτό να επικοινωνήσετε μαζί **μας** πριν τη λήψη **περίθαλψης/θεραπείας** και/ή την εισαγωγή **σας** στο **νοσοκομείο**.

Μην καθυστερήσετε την **περίθαλψη/θεραπεία** σας. **Εσείς** ή ο αντιπρόσωπος **σας** πρέπει να προσπαθήσετε να επικοινωνήσετε μαζί **μας** το συντομότερο δυνατόν (συνήθως εντός 48 ωρών από τη στιγμή της **έκτακτης ανάγκης**). Εναλλακτικά, σιγουρευτείτε ότι το **νοσοκομείο** έχει γνώση για την ύπαρξη της **ασφαλιστικής κάλυψης** που διατηρείτε μαζί **μας** έτσι ώστε να μπορεί να επικοινωνήσει μαζί **μας** εκ μέρους **σας**. Ακολούθως **εμείς**, ή οι συνεργάτες **μας**, θα επικοινωνήσουμε με το **νοσοκομείο** για να καταστεί δυνατή η άμεση διευθέτηση, όπου αυτή καλύπτεται με βάση το **ασφαλιστήριο**.

Περίθαλψη/θεραπεία στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Η.Π.Α)

Εάν χρειαστεί να λάβετε **περίθαλψη/θεραπεία** στις Η.Π.Α, παρακαλώ ελέγξτε εάν έχετε **κάλυψη περίθαλψης/θεραπείας** σε αυτήν τη **γεωγραφική περιοχή**, καθότι μπορεί να υπάρχουν περιορισμοί στην **κάλυψη** η οποία παρέχεται σύμφωνα με το **ασφαλιστήριο σας**. Πρέπει να εξασφαλίσετε **προέγκριση** από **εμάς**, για οποιαδήποτε **περίθαλψη/θεραπεία** ως **εσωτερικός** ή **ημερήσιος ασθενής** στις Η.Π.Α. Σε αντίθετη περίπτωση θα επωμιστείτε το 20% της απαίτησης η οποία πληρώνεται σύμφωνα με το ασφαλιστήριο **σας**.

Περίθαλψη/Θεραπεία σε χώρες όπου υφίστανται κυρώσεις

Εάν χρειαστείτε **περίθαλψη/θεραπεία** σε χώρα στην οποία ισχύουν κυρώσεις από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, δεν θα μπορέσουμε να προβούμε σε πληρωμή εκ μέρους **σας**. Έξοδα **περίθαλψης/θεραπείας** σε χώρες όπου ισχύουν κυρώσεις, καλύπτονται στη βάση αποζημίωσης και θα πρέπει να υποβληθούν σε **εμάς** για αξιολόγηση.



04

Πώς να υποβάλετε αίτηση



Πώς να υποβάλετε απαίτηση

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι διευθέτησης της απαίτησης **σας**.

Προέγκριση

Είναι σημαντικό να **επιβεβαιώσετε** κατά πόσο η υπηρεσία ή **περίθαλψη/θεραπεία** η οποία λαμβάνετε, χρειάζεται **προέγκριση**. Για υπηρεσίες ή **περίθαλψη/θεραπεία** που χρειάζονται **προέγκριση**, πρέπει να επικοινωνήσετε με την Ομάδα Διαχείρισης Απαιτήσεων **μας** πέντε (5) ημέρες πριν από την προγραμματισμένη υπηρεσία ή **περίθαλψη/θεραπεία**.

Απευθείας Τιμολόγηση

Η απευθείας τιμολόγηση είναι ευρέως διαθέσιμη με παρόχους εντός του δικτύου **μας**, τόσο για υπηρεσίες **εσωτερικού ασθενή** όσο και για υπηρεσίες **εξωτερικού ασθενή**. Η απευθείας τιμολόγηση δεν είναι διαθέσιμη για συγκεκριμένα είδη **περίθαλψης/θεραπείας** και δεν είναι εφικτή με παρόχους εκτός του δικτύου παρόχων **μας**. Σε αυτές τις περιπτώσεις, θα πρέπει να καταβάλετε τα έξοδα της παρεχόμενης υπηρεσίας και μετά να υποβάλετε απαίτηση αποζημίωσης σε **εμάς**, όπου αυτό εφαρμόζεται. Όπου η απευθείας τιμολόγηση είναι διαθέσιμη, θα χρειαστεί να πληρώσετε μόνο το ποσό που αναλογεί στο σχέδιο **σας** π.χ. ποσό από **συνασφάλιση, αφαιρετέο ποσό**, καταβολή μέρους του κόστους **περίθαλψης/θεραπείας**.

Εάν οποιαδήποτε από τις υπηρεσίες ή είδος **περίθαλψης/θεραπείας** δεν καλύπτονται κάτω από το **ασφαλιστήριο σας**, θα είστε **εσείς** υπεύθυνοι να

καταβάλετε τα σχετικά έξοδα. Αυτό περιλαμβάνει έξοδα τα οποία χρειάστηκε να καταβάλουμε **εμείς** εκ μέρους **σας**, ούτως ώστε να μπορέσετε **εσείς** να λάβετε πρόσβαση στην απευθείας τιμολόγηση. Η Ομάδα Διαχείρισης Απαιτήσεων **μας** θα συνεργαστεί μαζί **σας** για την διευθέτηση μιας τέτοιας οικονομικής εκκρεμότητας, είτε με εφάπαξ πληρωμή από **εσάς** αντίστοιχη του οφειλόμενου ποσού ή με τον συμψηφισμό από **εμάς** του οφειλόμενου ποσού έναντι μελλοντικών απαιτήσεων. Η διευθέτηση ολόκληρου του οφειλόμενου ποσού πρέπει να γίνει εντός τριάντα (30) ημερών από τη μέρα που θα λάβετε γραπτή ειδοποίηση από **εμάς** (εκτός και αν συμφωνηθεί διαφορετικά), αλλιώς έχουμε το δικαίωμα να αναστείλουμε τις **παροχές μας** προς **εσάς** (κατόπιν ειδοποίησης προς **εσάς**) μέχρι ο **συμβαλλόμενος** ή **εσείς** να διευθετήσετε πλήρως τα οφειλόμενα σε **εμάς** ποσά.

Σημαντική Πληροφόρηση

- Η εξασφάλιση **προέγκρισης** δεν εγγυάται ότι θα καλύψουμε όλα τα έξοδα και τις χρεώσεις.
- Διατηρούμε το δικαίωμα να εξετάσουμε κάθε απαίτηση για τα ιατρικά έξοδα που έχετε υποστεί και να καλύψουμε σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις του **ασφαλιστηρίου** αυτού.
- Όλα τα υπόλοιπα έξοδα, τα οποία δεν καλύπτονται σύμφωνα με το **ασφαλιστήριο** αυτό πρέπει να διευθετηθούν απευθείας με τον πάροχο του δικτύου **μας** και δεν θα έχουμε καμία ευθύνη όσον αφορά το θέμα αυτό (εκτός και αν συμφωνηθεί διαφορετικά με την ομάδα Διαχείρισης Απαιτήσεων **μας**).
- Για διαμονή **εσωτερικού ασθενή** που υπερβαίνει την προσυμφωνημένη διάρκεια διαμονής η οποία εγκρίθηκε από την ομάδα Διαχείρισης Απαιτήσεων **μας**, **εσείς** ή ο **ιατρός/ειδικός σας**, πριν την λήξη της προσυμφωνημένης περιόδου, πρέπει να αποστείλετε σε **εμάς** ιατρικό πιστοποιητικό το οποίο να παραθέτει τις οποιεσδήποτε επιπλοκές οι οποίες κατέστησαν αναγκαία την παράταση της διαμονής στο **νοσοκομείο**, την **περίθαλψη/θεραπεία** η οποία έχει παρασχεθεί μέχρι στιγμής, την προτεινόμενη περίθαλψη/θεραπεία και/ή την ημέρα εξιτηρίου.
- Το ποσό που θα **σας** αποζημιώσουμε βασίζεται στις **λογικές και συνήθεις** χρεώσεις. Έξοδα τα οποία δεν θεωρούνται **λογικά και συνήθη**, δεν θα καλύπτονται (εκτός και αν συμφωνήσουμε γραπτώς μαζί **σας** κάτι διαφορετικό) και στην περίπτωση όπου δεν έχει εξασφαλιστεί **προέγκριση**, για έξοδα τα οποία έχουμε καταβάλει, θα έχουμε το δικαίωμα να **σας** επιβαρύνουμε με επιπρόσθετη χρέωση.

Πώς να υποβάλετε απαίτηση /συνέχεια

βήμα 01

Προέγκριση

- 1 Προτού αναζητήσετε **περίθαψη/θεραπεία**, επιβεβαιώστε κατά πόσο η εν λόγω υπηρεσία χρειάζεται **προέγκριση**. Αν δεν χρειάζεται **προέγκριση**, μπορείτε να ξεκινήσετε να κάνετε τις διευθετήσεις για την **περίθαψη/θεραπεία σας**.
- 2 Επικοινωνήστε μαζί **μας** πέντε (5) μέρες πριν την προγραμματισμένη **περίθαψη/θεραπεία**.
- 3 Θα αποστείλουμε είτε σε **εσάς** είτε στον πάροχο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, έντυπο **προέγκρισης** εντός μίας (1) εργάσιμης ημέρας.
- 4 Δώστε εντολή στον πάροχο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης να συμπληρώσει το έντυπο **προέγκρισης** και να **μας** το αποστείλει.
- 5 Θα ειδοποιηθείτε από τον πάροχο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης της ομάδας Διαχείρισης Απαιτήσεων **μας** μόλις εγκριθούν οι εν λόγω υπηρεσίες.

βήμα 02

Κάντε διευθετήσεις για την απαίτηση σας

Όπου είναι εφικτό, μπορούμε να προχωρήσουμε σε απευθείας διευθέτηση της απαίτησης **σας** με τον πάροχο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του δικτύου **μας** ή μπορείτε να επιλέξετε να πληρώσετε προκαταβολικά και μετά να υποβάλετε απαίτηση για αποζημίωση σε σχέση με τα καλυπτόμενα έξοδα **σας**. Παρακαλώ σημειώστε ότι η απευθείας τιμολόγηση είναι μόνο διαθέσιμη με συγκεκριμένους παρόχους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του δικτύου **μας**.

Απευθείας Τιμολόγηση

- 1 Εντοπίστε ένα πάροχο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του δικτύου **μας** στην πύλη μέλους **σας**. Επιβεβαιώστε ότι έχετε διαβάσει τις οδηγίες πρόσβασης (βρίσκονται δίπλα από κάθε πάροχο) καθώς περιέχουν σημαντικές πληροφορίες.
- 2 Ακολουθήστε τις οδηγίες πρόσβασης που θα βρείτε στην Εύρεση Παρόχου, καθότι ενδεχομένως να πρέπει να επικοινωνήσετε με την ομάδα Διαχείρισης Απαιτήσεων **μας** προτού παρουσιάσετε την κάρτα ασφάλισης **σας** στον πάροχο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.
- 3 Όπου είναι απαραίτητο, θα εκδώσουμε επιστολή Εγγύησης Πληρωμής (ΕΠ) στον πάροχο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, επιβεβαιώνοντας τις **παροχές** για τις οποίες καλύπτεστε.
- 4 Θα ζητηθεί από **εσάς** να πληρώσετε μόνο το ποσό που **σας** αναλογεί με βάση το σχέδιο **σας** κατά το χρόνο λήψης της υπηρεσίας.
- 5 Ο πάροχος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης θα αποστείλει το τιμολόγιο απευθείας σε **εμάς**.
- 6 Συνδεθείτε με την πύλη μέλους ή την έξυπνη εφαρμογή και κατεβάστε την επεξήγηση της δήλωσης παροχών, η οποία παρέχει πληροφορίες σε σχέση με το τι έχει πληρωθεί.

Αποζημίωση

- 1 Πληρώστε για την **περίθαψη/θεραπεία σας** και καταχωρίστε την απαίτησή **σας** ηλεκτρονικά μέσω της πύλης μέλους ή της έξυπνης εφαρμογής.
- 2 Θα εξετάσουμε την απαίτηση και θα **σας** ενημερώσουμε αν χρειαζόμαστε επιπρόσθετες πληροφορίες.
- 3 Θα **σας** καταβάλουμε το ποσό που δικαιούστε με επιταγή ή τραπεζική μεταφορά σε λογαριασμό της επιλογής **σας**.

Πώς να υποβάλετε απαίτηση /συνέχεια



Απαιτήσεις για Αποζημίωση

Αν έχετε πληρώσει για την **περίθαλψη/θεραπεία σας**, πρέπει να υποβάλετε την απαίτηση αποζημίωσης εντός έξι (6) μηνών από την ημερομηνία της **περίθαλψης/θεραπείας**. Μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση **σας** για αποζημίωση διαδικτυακά μέσω της πύλης μέλους στην ιστοσελίδα:

www.cosmosonline.cy/url/medical-client-portal ή μέσω της έξυπνης εφαρμογής για κινητά.

Για να εξετάσουμε την απαίτηση **σας**, πρέπει να επισυνάψετε το τιμολόγιο **σας** μαζί με την απόδειξη πληρωμής (απόδειξη ή απόκομμα της πιστωτικής κάρτας). Το τιμολόγιο **σας** πρέπει να αναφέρει ιατρικές πληροφορίες συμπεριλαμβανομένης της διάγνωσης και/ή της διαδικασίας στην οποία υποβλήθήκατε. Για να διασφαλιστεί ο αποτελεσματικός χειρισμός της απαίτησης **σας**, πρέπει να επισυνάπτονται επίσης οποιοσδήποτε επιπρόσθετες πληροφορίες, συμπεριλαμβανομένων ιατρικών εγγράφων και έντυπο εξιτηρίου (σε περίπτωση εισαγωγής σε **νοσοκομείο**). Παρακαλούμε κρατήστε τα πρωτότυπα τιμολόγια και δικαιολογητικά για έξι (6) μήνες μετά την καταχώρηση της απαίτησης **σας**. Διατηρούμε το δικαίωμα να ζητήσουμε τα πρωτότυπα έγγραφα αν αυτό καταστεί αναγκαίο.

Στην περίπτωση όπου τα τιμολόγια **σας** δεν περιέχουν ικανοποιητικές ιατρικές πληροφορίες, συμπεριλαμβανομένης της διάγνωσης **σας** και/ή της διαδικασίας στην οποία υποβλήθήκατε, θα χρειαστεί να συμπληρώσετε την έντυπη μορφή του εντύπου απαίτησης, το οποίο είναι επίσης διαθέσιμο στην πύλη μέλους. Ο πάροχος **σας** θα πρέπει να συμπληρώσει το συγκεκριμένο τμήμα του εντύπου που αφορά τις ιατρικές πληροφορίες.

Θα διευθετήσουμε ή θα απορρίψουμε την απαίτηση, αναλόγως, εντός τριάντα (30) ημερών από τη λήψη του τελευταίου απαραίτητου εγγράφου.

Παρακαλώ σημειώστε ότι είναι δική **σας** ευθύνη να πληρώσετε τυχόν χρεώσεις του **ιατρού/ειδικού σας** σε σχέση με τη συμπλήρωση του εντύπου **προέγκρισης** ή απαίτησης.

05

Τι καλύπτεται /
Τι δεν καλύπτεται



Τι καλύπτεται

Όλες οι **παροχές** που καλύπτονται βάσει αυτού του **ασφαλιστηρίου** παρουσιάζονται στον **πίνακα παροχών** και οι συγκεκριμένες επιλογές **κάλυψης** με τις οποίες καλύπτεστε αναφέρονται στο **πιστοποιητικό ασφάλισης σας**. Τα **όρια παροχών** είναι ανά **ασφαλισμένο πρόσωπο** και/ή ανά **ιατρική πάθηση** και/ή ανά **περίοδο ασφάλισης**.

Παρακαλείστε να θυμάστε ότι αυτός ο Οδηγός δεν προορίζεται για να **καλύψει** όλα τα ενδεχόμενα. Το **ασφαλιστήριο μας** έχει σχεδιαστεί ώστε να παρέχει **κάλυψη** για **λογικές και συνήθεις χρεώσεις**, για **ιατρικώς αναγκαία** και για ενεργή **περίθαλψη/θεραπεία** νόσου, ασθένειας ή τραυματισμού.

Τι δεν καλύπτεται

Υπάρχουν κάποιες **ιατρικές καταστάσεις** και/ή **περιθάλψεις/θεραπείες** που δεν καλύπτονται. Εάν δεν είστε βέβαιος/η για οτιδήποτε αναφέρεται στο παρόν μέρος, παρακαλείστε να επικοινωνήσετε μαζί **μας** για να επιβεβαιώσετε εάν καλύπτεστε προτού λάβετε **περίθαλψη/θεραπεία**.

Προσωπικές εξαιρέσεις

Παρακαλούμε όπως ελέγξετε το **πιστοποιητικό ασφάλισης σας** για να δείτε αν έχετε οποιοσδήποτε προσωπικές εξαιρέσεις ή περιορισμούς στο **ασφαλιστήριο**.

Οι εξαιρέσεις σε αυτό το μέρος ισχύουν επιπρόσθετα και παράλληλα με οποιοσδήποτε τέτοιες προσωπικές εξαιρέσεις και περιορισμούς και εφαρμόζονται σε όλες και σε οποιοσδήποτε **σχετικές και/ή σχετιζόμενες καταστάσεις** με αυτές, τις επιπλοκές τους ή τις αυξήσεις στα έξοδα συνέπεια αυτών.

A

1. Αναπτυξιακές διαταραχές

Διαγνωστικές εξετάσεις ή ιατρική **περίθαλψη/θεραπεία** σε σχέση με μαθησιακές δυσκολίες, αυτισμό, υπερκινητικότητα, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, διαταραχές λόγου και ομιλίας, δυσλεξία, κοινωνικά ή συμπεριφορικά προβλήματα, προβλήματα ανάπτυξης παιδιού και προβλήματα σωματικής ανάπτυξης ή **περίθαλψη/θεραπεία** που ενθαρρύνει θετικές κοινωνικό-συναισθηματικές σχέσεις.

2. Ανάρρωση

Φροντίδα, η οποία παρέχεται αποκλειστικά ή και κατά κύριο λόγο για σκοπούς ανάρρωσης, επίβλεψης, διαχείρισης πόνου ή για οποιοδήποτε άλλο σκοπό πέραν της **περίθαλψης/θεραπείας** που καλύπτεται από το **ασφαλιστήριο**, ως ορίζεται στον **Πίνακα Παροχών** ή για το σκοπό λήψης υπηρεσιών οι οποίες κανονικά δεν

θα χρειαζόταν να παρασχεθούν από **εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας**.

3. Αυτοκτονία/ αυτοτραυματισμός/ αμελής ή απερίσκεπτη συμπεριφορά

Τα έξοδα **περίθαλψης/θεραπείας** συνεπεία αυτοκτονίας, απόπειρας αυτοκτονίας, εκούσιου αυτοτραυματισμού, αμελούς ή απερίσκεπτης συμπεριφοράς και/ή αχρειαστής έκθεσης σε κίνδυνο, εκτός στην περίπτωση προσπάθειας διάσωσης ανθρώπινης ζωής.

B/Γ/Δ

4. Γενετικός έλεγχος

Γενετικές εξετάσεις όταν αυτές διεξάγονται με μοναδικό σκοπό να καθοριστεί η γενετική πιθανότητα να αναπτύξετε μια συγκεκριμένη **ιατρική κατάσταση**, εκτός εάν έχουν προεγκριθεί και οργανωθεί από **εμάς**.

5. Διατήρηση ζωής με τεχνητά μέσα

Διατήρηση ζωής με τεχνητά μέσα συμπεριλαμβανομένης της χρήσης μηχανικής υποστήριξης της ζωής, όπου κρίνεται από τον περιθάλποντα **ιατρό/ειδικό** ότι η εν λόγω διατήρηση δεν θα οδηγήσει σε **ανάρρωση** ή στην επαναφορά της υγείας του **ασφαλισμένου προσώπου** στο επίπεδο που ήταν προηγουμένως.

6. Δεύτερη γνωμάτευση

Τα έξοδα μιας δεύτερης ή μεταγενέστερης ιατρικής γνωμάτευσης από **ιατρό/ειδικό** για την ίδια **ιατρική κατάσταση** εκτός και αν αυτή έχει προεγκριθεί και οργανωθεί από **εμάς**.

7. Διαιτολόγος/Διατροφικές συμβουλές

Δεν καλύπτουμε τα έξοδα διαιτολόγου ή διατροφολόγου που σχετίζονται με δίαιτα και/ή πρόγραμμα και/ή έλεγχο διατροφής για έλεγχο βάρους ή διαχείριση **ιατρικής κατάστασης**.

8. Διαταραχές ύπνου

Διερευνητικές εξετάσεις ή **περίθαλψη/θεραπεία** για διαταραχές ύπνου (συμπεριλαμβανομένης της υπνικής άπνοιας και της αύπνιας), ροχαλητό ή οποιαδήποτε άλλα αναπνευστικά προβλήματα που σχετίζονται με τον ύπνο.

Τι δεν καλύπτεται /συνέχεια

9. Διατροφικές διαταραχές

Διερευνητικές εξετάσεις ή **περίθαψη/θεραπεία** (συμπεριλαμβανομένης κοσμητικής **εγχείρησης**) για παχυσαρκία, διατροφικές διαταραχές, προβλήματα βάρους ή για απώλεια βάρους, ανεξαρτήτως αν είναι αποτέλεσμα ή όχι **ιατρικής** ή ψυχολογικής **κατάστασης**.

10. Διενέξεις/τρομοκρατικές ενέργειες

Απαιτήσεις που προκύπτουν από πόλεμο, εισβολή, εχθρική ενέργεια ξένου κράτους, εχθροπραξία (ανεξαρτήτως κήρυξης πολέμου ή μη), εμφύλιο πόλεμο, ανταρσία, επανάσταση, εξέγερση, πολιτική ή στρατιωτική στάση ή ταραχή, πράξη σφετερισμού εξουσίας ή οποιαδήποτε τρομοκρατική πράξη, εκτός εάν ο τραυματισμός/ασθένεια του ασφαλισμένου προκαλείται ενώ ο ασφαλισμένος ήταν αθώς παρευρισκόμενος και δεν υπήρχε έκθεση σε πυρηνικά, χημικά, ή βιολογικά όπλα ή μόλυνση από αυτά.

Ε

11. Εγκληματική Ενέργεια

Ηθελμένη, δόλια, παράνομη, ποινική ή εγκληματική πράξη από το **ασφαλισμένο πρόσωπο** συμπεριλαμβανομένης της αντίστασης στις αρχές εξουσίας.

12. Εκ γενετής καταστάσεις

Έξοδα **περίθαψης/θεραπείας** για ανωμαλίες, δυσμορφίες, νόσους, ασθένειες ή βλάβες που υπάρχουν κατά τη γέννηση, ανεξαρτήτως αν έχουν διαγνωστεί κατά τη γέννηση ή σε μεταγενέστερο στάδιο.

13. Έλεγχος γεννήσεων

Διερευνητικές εξετάσεις, **περίθαψη/θεραπεία**, αναλύσεις ή συνταγογραφούμενα φάρμακα και επιθέματα/επίδεσμοι που σχετίζονται με αντισύλληψη, στείρωση, ηθελμένο τερματισμό κύησης ή οικογενειακό προγραμματισμό.

14. Έμμεση Απώλεια

Απώλεια η οποία δεν καλύπτεται άμεσα από τους όρους και προϋποθέσεις του **ασφαλιστηρίου**, συμπεριλαμβανομένων, χωρίς περιορισμό, της απώλειας ευκαιρίας και της απώλειας κέρδους.

15. Ενδομητρικές χειρουργικές επεμβάσεις σε έμβρυο

Όλα τα έξοδα που σχετίζονται με οποιοδήποτε ενδομητρικές **εγχειρήσεις** σε έμβρυο εξαιρούνται από την **κάλυψη**.

16. Εξετάσεις ρουτίνας / προληπτική φροντίδα

Ιατρικές **εξετάσεις** ρουτίνας ή διερευνητικές **εξετάσεις** υγείας ή αναλύσεις που γίνονται για τον αποκλεισμό της ύπαρξης **ιατρικής κατάστασης** για την οποία δεν έχουν ακόμη εκδηλωθεί συμπτώματα σε **εσάς**, εκτός και αν αυτές οι παροχές καθορίζονται στον **Πίνακα Παροχών** σας και στο **πιστοποιητικό ασφάλισης** σας και πραγματοποιήθηκαν έξι (6) μήνες μετά την ένταξη **σας**.

17. Επείγουσα οδοντιατρική περίθαψη/θεραπεία

Επείγουσα Οδοντιατρική **περίθαψη/θεραπεία** που δεν είναι αποτέλεσμα **ατυχήματος**.

18. Επείγουσα περίθαψη/θεραπεία εκτός της γεωγραφικής περιοχής κάλυψης

Δεν καλύπτονται έξοδα **περίθαψης/θεραπείας** εκτός της γεωγραφικής περιοχής κάλυψης εκτός και αν η **ιατρική κατάσταση σας** απαιτεί εσπευσμένη ιατρική φροντίδα και σε τέτοια περίπτωση θα καταβάλουμε τα έξοδα **επείγουσας περίθαψης/θεραπείας** εκτός της γεωγραφικής περιοχής κάλυψης μέχρι το ανώτατο όριο που καθορίζεται στον **Πίνακα Παροχών σας**.

19. Επιδημίες

Υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαψης σχετικές με διεθνώς και τοπικώς αναγνωρισμένες επιδημίες ή πανδημίες.

20. Επικίνδυνες δραστηριότητες

Απαιτήσεις οι οποίες προκύπτουν συνεπεία συμμετοχής σε δραστηριότητες επαγγελματικού αθλητισμού ή οποιωνδήποτε επικίνδυνων αθλημάτων ή δραστηριοτήτων συμπεριλαμβανομένων αλλά χωρίς να περιορίζονται σε: αετοσανίδα (kite-surfing), ορεινή ποδηλασία, αναρρίχηση βράχων ή γκρεμών (rock or cliff climbing), ορειβασία, ναυσιπλοΐα εκτός των χωρικών υδάτων, αθλήματα αυτοκίνησης, δραστηριότητες και αθλήματα αέρος, «bungee jumping», υποβρύχια κατάδυση (σε βάθος

μεγαλύτερο των 30 μέτρων ή όταν δεν είστε κάτοχος έγκυρου πιστοποιητικού PADI), οποιοδήποτε άθλημα που εμπλέκονται ζώα, χιονοδρομίες εκτός πίστας (εκτός και αν είναι σε αναγνωρισμένη και εγκεκριμένη περιοχή) και αγώνες ταχύτητας οποιασδήποτε μορφής (εκτός με τα πόδια).

21. Επιμένουσα φυτική κατάσταση (vegetative state)/ νευρολογική βλάβη

Νοσοκομειακή **περίθαψη/θεραπεία** για διάστημα πέραν των 90 συνεχόμενων ημερών, για μόνιμη **νευρολογική βλάβη** ή επιμένουσα φυτική κατάσταση (persistent vegetative state) **ασφαλισμένου προσώπου**. Για τους σκοπούς αυτού του **ασφαλιστηρίου**, κώμα το οποίο διαρκεί για διάστημα πέραν των 90 συνεχόμενων ημερών, θα θεωρείται σαν μόνιμη **νευρολογική βλάβη**.

Z/H/Θ

22. Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης

Δεν καλύπτουμε **περίθαψη/θεραπεία** για αντιμετώπιση της εμμηνόπαυσης, ανεξαρτήτως αν αυτή οφείλεται σε υστερεκτομή ή σε πρώιμη έναρξη ή είναι φυσικό επακόλουθο της γήρανσης.

23. Θεραπεία υπογονιμότητας

Περίθαψη/θεραπεία για υποβοήθηση της αναπαραγωγής, συμπεριλαμβανομένης αλλά χωρίς να περιορίζεται σε Τεχνολογία Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ART) ή παρένθητη μητέρα.

I

24. Ιατρικά βοηθήματα και εργαλεία

Οποιοδήποτε ιατρικό βοήθημα ή εργαλείο το οποίο δεν είναι συσκευή, προσθετικό μέρος ή **μη αναλώσιμος ιατρικός εξοπλισμός**.

25. Ιατρικός εξοπλισμός/ιατρικό λάθος

Απαιτήσεις οι οποίες πηγάζουν άμεσα ή έμμεσα από ιατρικό λάθος ή αποτυχία λειτουργίας και/ή βλάβης ιατρικού/χειρουργικού εξοπλισμού ή συσκευής οποιουδήποτε είδους.

Τι δεν καλύπτεται /συνέχεια

26. Ιός HIV/ ασθένεια AIDS

Δεν καλύπτουμε έξοδα τα οποία προκύπτουν από ή σχετίζονται καθ' οιονδήποτε τρόπο με τον Ιό της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (HIV) και/ή ασθένειες που σχετίζονται με τον ιό HIV, συμπεριλαμβανομένου του Συνδρόμου Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας (AIDS) ή οποιασδήποτε κατάστασης που προκύπτει από ή αποδίδεται στον ιό HIV (AIDS Related Complex - ARC) και/ή οποιωνδήποτε παραλλαγών αυτών.

Κ/Λ

27. Κατ' οίκον επισκέψεις

Κατ' οίκον επισκέψεις από **ιατρό/ειδικό** δεν καλύπτονται εκτός και αν είστε ιατρικά ανίκανος να μεταβείτε στην ιατρική εγκατάσταση και η εν λόγω επίσκεψη έχει προεγκριθεί από **εμάς**.

28. Κατάχρηση αλκοόλης και ουσιών

Ιατρική **περίθαλψη/θεραπεία** και/ή φροντίδα για αλκοολισμό, κατάχρηση/εξάρτηση από φάρμακα και άλλες ουσίες συμπεριλαμβανομένης οποιασδήποτε **ιατρικής κατάστασης** και/ή σωματικής βλάβης η οποία έχει προκληθεί άμεσα ή έμμεσα από τέτοια κατάχρηση ή εξάρτηση ή οποιαδήποτε **περίθαλψη/θεραπεία** η οποία γίνεται επειδή το **ασφαλισμένο πρόσωπο** ήταν υπό την επήρεια και/ή υπέφερε από τη επίδραση της αλκοόλης, τοξικών ουσιών, φαρμάκων, ναρκωτικών ή άλλων τέτοιων ουσιών.

29. Κοσμητική περίθαλψη/θεραπεία

Έξοδα **περίθαλψης/θεραπείας** που σχετίζονται και/ή γίνονται για αισθητικούς ή κοσμητικούς λόγους ή οποιαδήποτε **περίθαλψη/θεραπεία** η οποία γίνεται για **αποκατάσταση** της εμφάνισης **σας** συνεπεία οποιασδήποτε **ιατρικής** ή ψυχολογικής κατάστασης ή βλάβης ή προηγούμενης **εγχείρησης** εκτός όπου ρητά καθορίζεται στον **πίνακα παροχών**.

30. Λογοθεραπεία

Δεν καλύπτουμε έξοδα λογοθεραπείας, εκτός στην περίπτωση όπου αυτή γίνεται για την μετατραυματική **αποκατάσταση** της φυσιολογικής ομιλίας ή μετά από

οξεία ιατρική κατάσταση ή αν καθορίζεται στον **Πίνακα Παροχών**.

Μ

31. Μεταμόσχευση οργάνων

Έξοδα **περίθαλψης/θεραπείας** για ή συνεπεία μεταμοσχεύσεων, που περιλαμβάνουν μεταμοσχεύσεις μηχανικών ή ζωικών οργάνων, την αφαίρεση οργάνου από δότη (εκτός εάν η αφαίρεση του οργάνου από τον δότη γίνεται την ώρα που θα γίνει η μεταμόσχευση και εντός της ίδιας ιατρικής εγκατάστασης όπου θα γίνει η μεταμόσχευση), την αφαίρεση ενός οργάνου από **εσάς** για σκοπούς μεταμόσχευσης του σε ένα άλλο άτομο ή την αγορά ενός οργάνου από δότη. Επίσης, δεν καλύπτουμε τα έξοδα που σχετίζονται με την αγορά οργάνου από δότη.

32. Μη αδειούχα/ μη αναγνωρισμένη περίθαλψη/θεραπεία

Περίθαλψη/Θεραπεία η οποία παρέχεται είτε υπό τις οδηγίες **ιατρού/ειδικού** ή ιατρικής εγκατάστασης που δεν είναι αναγνωρισμένη από τις σχετικές αρχές στη χώρα όπου παρέχεται η **περίθαλψη/θεραπεία** ως έχουσα εξειδικευμένη γνώση ή εμπειρογνωμοσύνη στην περίθαλψη της συγκεκριμένης **ιατρικής κατάστασης** ή του τραυματισμού που περιθάλπεται.

33. Μη κλινικές εγκαταστάσεις

Περίθαλψη/Θεραπεία ή υπηρεσίες οι οποίες λαμβάνονται σε κέντρα υδροθεραπείας (health hydros), κλινικές φυσικής θεραπείας (nature cure clinics) ή σε οποιαδήποτε άλλη εγκατάσταση που δεν είναι **νοσοκομείο**.

34. Μη συμμόρφωση σε ιατρικές συμβουλές

Περίθαλψη/Θεραπεία η οποία προκύπτει από ή σχετίζεται με την αποτυχία **σας** να αναζητήσετε ή να ακολουθήσετε ιατρική συμβουλή ή **περίθαλψη/θεραπεία**, την αδικαιολόγητη καθυστέρηση **σας** στο να αναζητήσετε ή να ακολουθήσετε ιατρική συμβουλή ή **περίθαλψη/θεραπεία** ή από επιπλοκές οι οποίες οφείλονται στο ότι έχετε αγνοήσει την εν λόγω συμβουλή. Οποιαδήποτε απαίτηση η οποία προκύπτει συνεπεία αεροπορικού ταξιδιού που κάνετε

ενώ ήσασταν περισσότερο από 28 εβδομάδων έγκυος. Έξοδα τα οποία έχουν προκληθεί συνεπεία ταξιδιού **σας** σε χώρα ή σε συγκεκριμένη περιοχή παρά τις συμβουλές της Κυβέρνησης ή της Πρεσβείας **σας** (στη **χώρα διαμονής σας**) να μην ταξιδέψετε εκεί υπό καμία περίπτωση.

35. Μητρότητα

Δεν καλύπτουμε έξοδα που σχετίζονται με φυσιολογική **εγκυμοσύνη** ή τοκετό, ηθελημένη καισαρική τομή ή τοκετό κατ' οίκον, εκτός αν η παροχή μητρότητας αναφέρεται ρητά στον **πίνακα παροχών** και στο **πιστοποιητικό ασφάλισης σας**.

36. Μόλυνση και έκθεση σε χημικά

Περίθαλψη/Θεραπεία για οποιαδήποτε ιατρική κατάσταση ή για οποιαδήποτε απαίτηση που προκύπτει άμεσα ή έμμεσα από χημική ή βιολογική μόλυνση, έκθεση σε αμιάντο ή μόλυνση με ραδιενέργεια από πάσης φύσης πυρηνικά υλικά, ανεξαρτήτως του τρόπου με τον οποίο προκλήθηκε, συμπεριλαμβανομένων της πρόκλησης ή της συνεισφοράς στην πρόκληση από πολεμική ενέργεια ή **τρομοκρατική ενέργεια**.

Ν/Ξ/Ο

37. Οδοντιατρική περίθαλψη/θεραπεία

Ιατρική κατάσταση ή **σχετιζόμενη κατάσταση** η οποία προκύπτει ή είναι αποτέλεσμα ασθένειας των ούλων συμπεριλαμβανομένων μεταξύ άλλων της ουλίτιδας (**περίθαλψη/θεραπεία** η οποία εκτείνεται πέραν της προληπτικής αφαίρεσης πέτρας και στίλβωσης (γυάλισμα) δοντιών) ή περιοδοντίτιδας, συρρίκνωσης γνάθου ή θεραπεία ασθένειας των οστών όταν σχετίζεται με ασθένεια των ούλων, διαταραχές της κροταφογοναθικής άρθρωσης, γναθολογική **περίθαλψη/θεραπεία** και ακτινολογικές εξετάσεις, όταν η οδοντιατρική **θεραπεία** καλύπτεται από το **ασφαλιστήριο**. Οποιαδήποτε άλλη οδοντιατρική **περίθαλψη/θεραπεία** εκτός αυτών που αναφέρονται στον **πίνακα παροχών σας** και καθορίζονται στο **πιστοποιητικό ασφάλισης σας**.

Τι δεν καλύπτεται /συνέχεια

38. Όραση

Εγχείρηση ή διαδικασία για τη διόρθωση προβλημάτων με την κοντινή ή μακρινή όραση. Αγορά και/ή παροχή γυαλιών οράσεως ή φακών επαφής εκτός αν περιλαμβάνονται στον **πίνακα παροχών** και καθορίζονται στο **πιστοποιητικό ασφάλισης σας**.

39. Ορθοδοντική περίθαλψη/θεραπεία

Δεν καλύπτουμε τα έξοδα ορθοδοντικής **περίθαλψης/θεραπείας** ή τα σχετικά έξοδα **οδοντιάτρου** ο οποίος παρέχει ορθοδοντική **περίθαλψη/θεραπεία**.

Π

40. Πειραματική περίθαλψη/θεραπεία

Οποιαδήποτε έξοδα που συνδέονται με **περίθαλψη/θεραπεία**, υπηρεσίες ή φαρμακευτική αγωγή τα οποία θα θεωρήσουμε ότι είναι πειραματικά ή μη αποδεδειγμένα σύμφωνα με τη γενικά αποδεκτή ιατρική πρακτική ή όταν παρέχονται από μη αδειούχο ιατρό ή οποιοδήποτε **μέλος της άμεσης οικογένειας**.

41. Περίθαλψη/θεραπεία/φροντίδα που παρέχεται από συγγενείς

Περίθαλψη/θεραπεία ή φροντίδα που παρέχεται από **μέλος της άμεσης οικογένειας** ή **εξαρτώμενο** του **ασφαλισμένου προσώπου**.

42. Προϋπάρχουσες Παθήσεις

Οποιαδήποτε έξοδα που συνδέονται με **περίθαλψη/θεραπεία προϋπάρχουσας πάθησης**, εκτός και αν το **ασφαλιστήριο σας** έχει εκδοθεί χωρίς να ληφθεί το ιατρικό ιστορικό υπόψη (Παράβλεψη Ιατρικού Ιστορικού (PII)) ή εάν έχει δηλωθεί στην πρόταση Ασφάλισης και έγινε απόδεκτό από εμάς.

P/Σ

43. Σεξουαλικά θέματα/ θέματα φύλου

Διερευνήσεις και **περίθαλψη/θεραπεία** οποιοδήποτε σεξουαλικού προβλήματος ή δυσλειτουργία ή

οποιαδήποτε **περίθαλψη/θεραπεία** συμπεριλαμβανομένης συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας ή οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση η οποία σχετίζεται άμεσα ή έμμεσα με την αλλαγή φύλου και/ή τον επαναπροσδιορισμό του φύλου.

44. Σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες

Διερεύνηση και **περίθαλψη/θεραπεία** για σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες.

45. Συγκομιδή

Το **ασφαλιστήριο** δεν καλύπτει την συγκομιδή βλαστοκυττάρων, σπερματοζωαρίων, ωαρίων ή αίματος ομφάλιου λώρου για μελλοντική χρήση.

46. Συμπληρώματα διατροφής

Συμπληρώματα διατροφής και ουσίες συμπεριλαμβανομένων μεταξύ άλλων των βιταμινών, μετάλλων, μεταλλικών αλάτων, συμπληρωμάτων πρωτεϊνών, βρεφικών τροφών και οργανικών ουσιών ανεξαρτήτως αν συνταγογραφούνται από **ιατρό/ειδικό** και/ή αναγνωρίζεται ότι έχουν θεραπευτικό αποτέλεσμα. Εν τούτοις, προϊόντα τα οποία θεωρούνται βιταμίνες και μέταλλα καλύπτονται αν είναι απαραίτητα κατά τη διάρκεια **εγκυμοσύνης**, για την αντιμετώπιση διαγνωσμένων κλινικά συνδρόμων σημαντικής έλλειψης βιταμινών ή αποτελούν μέρος ενός αποδεκτού σχεδίου κλινικής **περίθαλψης/θεραπείας**.

T

47. Ταξίδια και διαμονή

Έξοδα μεταφοράς ή διαμονής τα οποία έχετε υποστεί κατά τη διάρκεια ταξιδιών που έγιναν ειδικά για να λάβετε ιατρική **θεραπεία/περίθαλψη**, εκτός αν αυτά τα έξοδα έγιναν για σκοπούς **επείγουσας** ιατρικής εκκένωσης και είχαν προεγκριθεί από **εμάς**.

Υ/Φ/Χ/Ψ/Ω

48. Φροντίδα ποδιών

Περίθαλψη/θεραπεία για κάλους, ρόζους ή σκλήρυνση και πάχυνση νυχιών ή παραμορφωμένα νύχια.

49. Ψυχιατρική περίθαλψη/θεραπεία και ψυχοθεραπεία

Έξοδα **περίθαλψης/θεραπείας** για ψυχιατρική περίθαλψη/θεραπεία και ψυχοθεραπεία η οποία δεν είναι **ιατρικώς αναγκαία** και παρέχεται σε μη αναγνωρισμένη ψυχιατρική μονάδα **νοσοκομείου** και η οποία λαμβάνεται ως μη **εσωτερικός ασθενής** ή δεν παρέχεται υπό την άμεση εποπτεία συμβούλου ψυχιάτρου.



06

Ορισμοί



Ορισμοί

Στον παρόντα Οδηγό Μέλους συγκεκριμένες λέξεις και φράσεις εμφανίζονται με **έντονους** χαρακτήρες. Αυτό δεικνύει ότι τους έχει αποδοθεί καθορισμένο νόημα, όπως αναφέρεται λεπτομερώς πιο κάτω.

A

Ανακουφιστική φροντίδα/ περίθαλψη/θεραπεία

Περίθαλψη/Θεραπεία η οποία στοχεύει στην ανακούφιση του σωματικού/ψυχολογικού πόνου μιας εξελισσόμενης, ανίατης ασθένειας.

Ανώτατο ετήσιο όριο

Το ανώτατο συνολικό ποσό που θα καλύψουμε για το σύνολο των **παροχών** του **ασφαλιστηρίου**, ανά **ασφαλισμένο πρόσωπο** ανά **περίοδο κάλυψης**.

Αποκατάσταση

Ιατρικώς αναγκαία περίθαλψη/θεραπεία, υπό μορφή συνδυασμού θεραπειών όπως **φυσικοθεραπεία**, εργοθεραπεία ή λογοθεραπεία, με στόχο την επαναφορά της ανεξαρτησίας στις δραστηριότητες της καθημερινής διαβίωσης και την φυσιολογική μορφή και/ή λειτουργία του **ασφαλισμένου προσώπου**, μετά την εκδήλωση **ιατρικής κατάστασης**.

Ασφαλισμένο/α πρόσωπο/α /εσείς /εσάς/σας

Το **κύριο μέλος** και τα **εξαρτώμενα** πρόσωπα (αν υπάρχουν) τα οποία κατονομάζονται στο **πιστοποιητικό ασφάλισης** και στον **Πίνακα Ασφαλιστηρίου**.

Ασφαλιστήριο

Το ασφαλιστικό συμβόλαιο που έχουμε **εμείς** με τον **συμβαλλόμενο** και η **κάλυψη** που **σας** παρέχει.

Ατύχημα

Ένα ξαφνικό, αιφνίδιο, απρόβλεπτο και ανεξάρτητο από τη θέληση του **ασφαλισμένου προσώπου** συμβάν που προκαλεί σε αυτόν σωματική βλάβη κατά την **περίοδο κάλυψης**.

Αφαιρετέο ποσό

Το ετήσιο ποσό το οποίο κάθε **ασφαλισμένο πρόσωπο** πρέπει να πληρώσει σε κάθε **περίοδο κάλυψης** προτού πληρωθούν από **εμάς** συγκεκριμένες **παροχές** σύμφωνα με το **ασφαλιστήριο**. Όπου εφαρμόζονται, τα **αφαιρετέα ποσά** είναι πληρωτέα ανά **ασφαλισμένο πρόσωπο** ανά **περίοδο κάλυψης** εκτός αν υποδεικνύεται το αντίθετο στον **πίνακα**

παροχών. Τα **αφαιρετέα ποσά** όπου εφαρμόζονται θα αναφέρονται στο **πιστοποιητικό ασφάλισης σας** και στον **Πίνακα Ασφαλιστηρίου**.

B/Γ

Γεωγραφική περιοχή

Η γεωγραφική έκταση όπου παρέχεται **κάλυψη** και όπου μπορεί να ληφθεί η **περίθαλψη/θεραπεία**. Αυτό θα επισημαίνεται στο **πιστοποιητικό ασφάλισης σας** και στον **Πίνακα Ασφαλιστηρίου**.

Δ

Διαγνωστικές εξετάσεις

Διερευνήσεις όπως ακτινογραφίες, αναλύσεις αίματος και παθολογικές εξετάσεις, με σκοπό να βοηθήσουν στην εύρεση της αιτίας των συμπτωμάτων μιας **ιατρικής κατάστασης**.

Διαμονή και διατροφή

Αναφέρεται σε ένα κανονικό μονόκλινο δωμάτιο ή δίκλινο δωμάτιο με προσωπικό μπάνιο.

Διαταραχές ψυχικής υγείας

Οποιαδήποτε διαταραχή η οποία σχετίζεται με σημαντική αγωνία και/ή οδύνη ή βλάβη που επηρεάζει την ικανότητα του ασθενή να ανταπεξέλθει σε μια σημαντική δραστηριότητα της ζωής, όπως εργοδότησης του. Αυτές οι διαταραχές πρέπει να πληρούν διεθνή κριτήρια κατηγοριοποίησης, όπως π.χ. τα αναφερόμενα στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical manual) (DSM-IV-TR).

E

Εγκυμοσύνη

Αναφέρεται στη χρονική περίοδο από τη σύλληψη μέχρι τον τοκετό.

Ειδικός

Ένας χειρουργός, αναισθησιολόγος ή **ιατρός** ο οποίος είναι κάτοχος πρωτοβάθμιου πτυχίου στην ιατρική ή χειρουργική, που κατέχει άδεια άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος από τη σχετική αρχή της χώρας όπου παρέχεται η **περίθαλψη/θεραπεία** και που αναγνωρίζεται ως έχων εξειδικευμένη κατάρτιση στο τομέα της ή εμπειρογνώμοσυνη στην **περίθαλψη/θεραπεία** της νόσου, ασθένειας ή τραυματισμού για την οποία παρέχει την **περίθαλψη/θεραπεία**.

Εκ γενετής διαταραχή

Ανωμαλία, δυσμορφία, νόσος, ασθένεια ή τραυματισμός που υπάρχει κατά τη γέννηση, ανεξαρτήτως αν διαγνωστεί άμεσα ή όχι.

Εμβολιασμοί

Όλες οι βασικές ανοσοποιήσεις και ενισχυτικές ενέσεις σύμφωνα με το Νόμο της χώρας όπου παρέχεται η **περίθαλψη/θεραπεία**, οποιαδήποτε **ιατρικώς αναγκαία** εμβόλια που χορηγούνται προληπτικά για σκοπούς ταξιδιού και προφύλαξης από ελονοσία, εμβόλια που χορηγούνται για να βοηθήσουν την πρόληψη του **καρκίνου**, όπως κατά του Ιού των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (Human Papilloma Virus – HPV) και εμβόλια τα οποία συστήνονται σαν μέρος εθνικού προγράμματος ανοσοποίησης στη **χώρα διαμονής σας** ή στην πατρίδα **σας**. Οι **εμβολιασμοί** και ανοσοποιήσεις ρουτίνας περιλαμβάνουν τα εμβόλια κατά της Γρίπης (εποχιακή γρίπη), Διφθερίτιδας, Ηπατίτιδας A και B, Ιλαράς, Παρωτίτιδας (μαγουλάδες), Κοκκύτη, Πολιομυελίτιδας, Ερυθράς, Τετάνου, Ανεμοβλογιάς, Αιμόφιλου Γρίπης B, Ροταιού και τα συζευγμένα εμβόλια για τον Μηνιγγιτιδόκοκκο και τον Πνευμονιόκοκκο.

Εμείς /εμάς/μας

Η Κόσμος Ασφαλιστική Εταιρεία Δημόσια Λτδ και οποιαδήποτε/οποιοσδήποτε εταιρεία/ες που παρέχει/ουν διαχειριστικές, διοικητικές και άλλες συναφείς υπηρεσίες και που εμπλέκονται στη διαχείριση αυτού του **ασφαλιστηρίου**.

Ορισμοί /συνέχεια

Εξαρτώμενο/α

Ο/η σύζυγος ή ενήλικος/η σύντροφος ή οποιαδήποτε ανύπαντρα παιδιά, θετά παιδιά ή νόμιμα υιοθετημένα παιδιά, νοούμενο ότι διαμένουν με το **κύριο μέλος** και είναι κάτω των 19 ετών (ή κάτω των 26 ετών και βρίσκονται σε πρόγραμμα πλήρους φοίτησης ή υπηρετούν τη στρατιωτική τους θητεία/καθήκον), κατά την **ημερομηνία έναρξης του ασφαλιστηρίου** ή κατά την οποιαδήποτε μεταγενέστερη **ημερομηνία ανανέωσης**. Όλα τα εξαρτώμενα πρέπει να κατονομάζονται ως **ασφαλισμένα πρόσωπα** στο **πιστοποιητικό ασφάλισης** και στον **Πίνακα Ασφαλιστηρίου**.

Εξετάσεις

Εξετάσεις ρουτίνας που περιλαμβάνουν τη μελέτη και καταγραφή του πλήρους ιατρικού ιστορικού του ασθενούς, τον έλεγχο όλων των οργανικών συστημάτων του σώματος και τη μελέτη και συζήτηση των αποτελεσμάτων των εξετάσεων με τον ασθενή. Οι έλεγχοι υγείας παιδιού περιλαμβάνουν τη μελέτη και καταγραφή του πλήρους ιατρικού ιστορικού του παιδιού και τον έλεγχο όλων των οργανικών συστημάτων του σώματος σύμφωνα με τη φυσιολογική αύξηση και ανάπτυξη.

Εξωτερικός ασθενής

Ασθενής ο οποίος επισκέπτεται **νοσοκομείο**, ιατρείο ή κλινική και δεν εισάγεται ως **ημερήσιος ασθενής** ή **εσωτερικός ασθενής**.

Εναλλακτική/Συμπληρωματική περίθαλψη/ Θεραπεία

Αναφέρεται σε θεραπευτική και διαγνωστική **περίθαλψη/θεραπεία** που εφαρμόζεται εκτός των ιδρυμάτων που διδάσκουν συμβατική ιατρική και στην **κάλυψη** γίνεται ειδική αναφορά στον βελονισμό, την ομοιοπαθητική, την οστεοπαθητική, τη χειροπρακτική **περίθαλψη/θεραπεία**, την ποδολογία, την παραδοσιακή κινεζική ιατρική και την αγιουβερδική ιατρική και παρέχεται από λειτουργό ο οποίος κατέχει τα προσόντα και επαγγελματική άδεια που απαιτούνται στη χώρα όπου παρέχεται η **περίθαλψη/θεραπεία**.

Επείγον περιστατικό/ έκτακτη ανάγκη

Μία ξαφνική, σοβαρή και απρόβλεπτη **οξεία ιατρική κατάσταση** ή τραυματισμός που χρήζει άμεσης ιατρικής

περίθαλψης/θεραπείας για να αποτραπεί ο θάνατος ή σημαντική σωματική βλάβη. Αυτή η ιατρική **περίθαλψη/θεραπεία** είναι αυτή που λαμβάνεται εντός 24 ωρών από την εκδήλωση της **ιατρικής κατάστασης** ή του τραυματισμού.

Επείγουσα οδοντιατρική περίθαλψη/θεραπεία

Αναγκαία **οδοντιατρική περίθαλψη/θεραπεία** συνεπεία **ατυχήματος** που προκαλείται από εξωστοματική πρόσκρουση (δηλαδή οποιασδήποτε μορφής πρόσκρουση/ατύχημα ή τραυματισμός που προέρχεται εκτός της στοματικής κοιλότητας) και η οποία λήφθηκε εντός 48 ωρών από την ημερομηνία και ώρα του **ατυχήματος**, για την άμεση ανακούφιση του πόνου που προκαλείται από τη ζημιά ή απώλεια των φυσικών δοντιών.

Επίδομα Ασθένειας

Επίδομα το οποίο δίνεται σε περίπτωση εξιτηρίου μετά από Νοσηλεία η οποία διαρκεί τουλάχιστον πέντε (5) νύχτες και χρειάζεται να παραμείνετε στο σπίτι για αποθεραπεία, με ανώτατο όριο το ποσό που αναφέρεται στον **Πίνακα Παροχών σας**.

Επιμένουσα φυτική κατάσταση (vegetative state)/ νευρολογική βλάβη

Χρόνια κατάσταση απώλειας της συνείδησης συνεπεία εκτεταμένης βλάβης στα εγκεφαλικά ημισφαίρια, όπου ο **ασφαλισμένος** είναι ανίκανος να παρουσιάσει οποιαδήποτε απόδειξη, είτε μέσω της συμπεριφοράς είτε μέσω της μεταβολικής δραστηριότητας του εγκεφάλου, ότι διαθέτει γνωστική λειτουργία ή ότι διαθέτει ικανότητα αντίδρασης σε εξωτερικά γεγονότα ή ερεθίσματα με ευπαίδευτο τρόπο.

Εσπευσμένη ιατρική φροντίδα

Φροντίδα αναγκαία για την αντιμετώπιση **ιατρικής κατάστασης** η οποία δεν χρειάζεται **επείγουσα** φροντίδα αλλά, για λόγους ορθής ιατρικής πρακτικής, η **περίθαλψη/θεραπεία** πρέπει να παρασχεθεί νωρίτερα από ότι ένα σύνθετος προγραμματισμένο ραντεβού.

Εσωτερικός ασθενής

Ασθενής ο οποίος εισάγεται σε **νοσοκομείο** και διανυκτερεύει καταλαμβάνοντας κλίνη για ένα ή περισσότερα βράδια, για ιατρικούς λόγους.

Ευρώπη

Νήσοι Άλαντ, Αλβανία, Ανδόρα, Αυστρία, Αζερμπαϊτζάν, Λευκορωσία, Βέλγιο, Βοσνία και Ερζεγοβίνη, Βουλγαρία, Νησία της Μάγχης, Κροατία, **Κύπρος**, Τσεχία, Δανία, Εσθονία, Νήσοι Φερόες, Φινλανδία, Γαλλία, Γεωργία, Γερμανία, Γιβραλτάρ, Ελλάδα, Ουγγαρία, Ισλανδία, Νήσος Μαν, Ιταλία, Καζακστάν, Λετονία, Λίχτενσταϊν, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Μάλτα, Μολδαβία, Μόνακο, Μαυροβούνιο, Ολλανδία, Βόρεια Μακεδονία, Νορβηγία, Πολωνία, Πορτογαλία, Ιρλανδία, Ρουμανία, Ρωσία (εξαιρείται η Κριμαϊκή Χερσόνησος), Σβάλμπαρντ και Γιαν Μάγεν, Άγιος Μαρίνος, Σερβία, Σλοβακία, Σλοβενία, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία, Τουρκία, Ουκρανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Βατικανό.

Z/H

Ημερήσιος ασθενής

Πρόσωπο το οποίο εισάγεται σε **νοσοκομείο** ή σε μονάδα ημερήσιας φροντίδας, όπου χρειάζεται μια περίοδο **ανάρρωσης** υπό ιατρική επίβλεψη, αλλά δεν διανυκτερεύει.

Ημερομηνία ανανέωσης

Η επέτειος της **ημερομηνίας έναρξης** του **ασφαλιστηρίου** που αναγράφεται στο **πιστοποιητικό ασφάλισης σας**.

Ημερομηνία έναρξης

Η ημερομηνία από την οποία ξεκινά η **κάλυψη σας** κάτω από το **ασφαλιστήριο**, ως αναγράφεται στο **πιστοποιητικό ασφάλισης σας**.

Ημερομηνία ένταξης

Η ημερομηνία που αναγράφεται στο **πιστοποιητικό ασφάλισης** ως η ημερομηνία κατά την οποία συμπεριληφθήκατε για πρώτη φορά στο **ασφαλιστήριο** και από την οποία και μετά έχετε συνεχόμενη **κάλυψη μαζί μας**.

Θ/Ι

Ιατρική κατάσταση

Οποιαδήποτε νόσος, τραυματισμός ή ασθένεια συμπεριλαμβανομένων **διαταραχών ψυχικής υγείας**.

Ορισμοί /συνέχεια

Ιατρικώς αναγκαία

Περίθαλψη/Θεραπεία η οποία σύμφωνα με την άποψη προσοντούχου **ιατρού/ειδικού** είναι κατάλληλη και συνάδει με τη διάγνωση, είναι αποδεδειγμένη και έχει διαφανεί ότι διαθέτει ιατρική αξία, είναι σύμφωνα με τα γενικώς αποδεκτά ιατρικά επίπεδα και τυχόν παράλειψή της θα είχε αρνητικό αντίκτυπο στην κατάσταση υγείας του **ασφαλισμένου προσώπου** ή στην ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας. Τέτοια **περίθαλψη/θεραπεία** πρέπει να είναι αναγκαία για λόγους πέραν της άνεσης ή της ευκολίας του ασθενούς ή του **ιατρού/ειδικού** και πρέπει να παρέχεται μόνο για το κατάλληλο χρονικό διάστημα.

Ιατρός

Ιατρός ο οποίος έχει αποκτήσει πρωτοβάθμιο πτυχίο στην ιατρική ή χειρουργική σε αναγνωρισμένη ιατρική σχολή και που κατέχει άδεια άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος σύμφωνα με το Νόμο στη χώρα όπου παρέχεται η **περίθαλψη/θεραπεία** και παρέχεται εντός των ορίων που καθορίζονται από την άδειά του.

Κ/Λ

Κάλυψη

Το επίπεδο της ασφαλιστικής **κάλυψης** που εφαρμόζεται για **εσάς** και οποιαδήποτε **εξαρτώμενα πρόσωπα** και που υπόκειται στα οικονομικά όρια που αναφέρονται στο **πιστοποιητικό κάλυψης** και στον **πίνακα παροχών σας**.

Καρκίνος

Όγκος, ιστοί ή κύτταρα που είναι κακοήθεις, που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτη αύξηση και εξάπλωση κακοθών κυττάρων και διείσδυση σε ιστό.

Κατ' οίκον τοκετός

Γέννηση παιδιού σε χώρο που δεν είναι κλινικά διαμορφωμένος, με τη χρήση φυσικών μεθόδων τοκετού και υπό την επιτήρηση μαιάς με πείρα στη διαχείριση κατ' οίκον τοκετών.

Κύριο μέλος (ατομικό συμβόλαιο)

Το άτομο που ορίζεται ως το κύριο **μέλος** στην αίτηση ασφάλισης και στο όνομα του οποίου εκδίδεται το **ασφαλιστήριο**.

Κύριο μέλος (ομαδικό συμβόλαιο)

Ένας εργοδοτούμενος/μέλος/μαθητής του εργοδότη/οργανισμού/σχολείου, για τον οποίο συμφωνήσαμε να παρέχουμε ασφαλιστική **κάλυψη** στο **ασφαλιστήριο**.

Κύπρος

Η γεωγραφική περιοχή της **Κύπρου**, εξαιρουμένων των περιοχών της Κυπριακής Δημοκρατίας στις οποίες η κυβέρνηση της Κυπριακής Δημοκρατίας δεν ασκεί αποτελεσματικό έλεγχο.

Λογικές και συνήθεις χρεώσεις

Η συνήθης χρέωση, η οποία γίνεται σε σχέση με τα έξοδα **περίθαλψης/θεραπείας σας**, στη χώρα όπου λήφθηκε η **περίθαλψη/θεραπεία σας**. Ενδέχεται να ζητήσουμε όπως τα εν λόγω έξοδα τεκμηριωθούν από ένα ανεξάρτητο τρίτο μέρος.

Μ

Μετεχειρητικά Έξοδα και/ή Έξοδα που ακολουθούν Νοσηλεία

Αναγκαία ιατρικά έξοδα που προκύπτουν αμέσως μετά και εντός των πρώτων ενενήντα (90) ημερών από την νοσηλεία σας ως **εσωτερικός ασθενής** ή **ημερήσιος ασθενής**, όπως **ιατρικές επισκέψεις σαν εξωτερικός ασθενής**, αλλαγές πληγών, **διαγνωστικές εξετάσεις**, **συνταγογραφούμενα φάρμακα και επιθέματα/επιδέσμοι**, **φυσικοθεραπεία**, **μη αναλώσιμος ιατρικός εξοπλισμός**

Μέλος της άμεσης οικογένειας

Αποκλειστικά συγγενής ο οποίος είναι μητέρα, πατέρας, αδελφός, αδελφή, υιός ή θυγατέρα, οποιοδήποτε θετό παιδί ή νόμιμα υιοθετημένο παιδί και σύζυγος.

Μη αναλώσιμος ιατρικός εξοπλισμός

Οποιαδήποτε ιατρικά αντικείμενα, προμήθειες, εξοπλισμός ή εργαλεία και/ή **συσκευές** τα οποία χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια ιατρικής **περίθαλψης/θεραπείας** ή κατ' οίκον φροντίδας. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν, χωρίς να περιορίζονται, ορθοπεδικά υποστηρίγματα και νάρθηκες (συμπεριλαμβανομένων ορθωτικών στηριγμάτων καμάρας πέλματος), πατερίτσες, τροχοκαθίσματα, βοηθήματα λόγου και οποιοσδήποτε ιατρικός ή χειρουργικός προμήθειες.

N

Νεογνό

Βρέφος το οποίο είναι ηλικίας μέχρι 16 εβδομάδων από την ημερομηνία γέννησής του.

Νοσοκομείο

Οποιαδήποτε εγκατάσταση η οποία κατέχει άδεια να λειτουργεί σαν ιατρικό ή χειρουργικό **νοσοκομείο** σύμφωνα με τους νόμους της χώρας στην οποία λειτουργεί ή άλλες κατάλληλα αδειοδοτημένες ιατρικές εγκαταστάσεις οι οποίες χρησιμοποιούνται για τον ίδιο σκοπό και που κατέχουν άδεια και εποπτεύονται από τις αρμόδιες ιατρικές αρχές στη χώρα όπου εδρεύουν.

Ξ/Ο

Οδοντίατρος

Πρόσωπο που κατέχει νόμιμη άδεια άσκησης αυτού του επαγγέλματος, εκδομένη από τη σχετική αρχή αδειών της χώρας στην οποία εξασκεί την οδοντιατρική και παρέχει την **οδοντιατρική περίθαλψη/θεραπεία** και η οποία αναγνωρίζεται από **εμάς**.

Ομαδική συμφωνία

Η συμφωνία που έχουμε με τον **συμβαλλόμενο**, η οποία καθορίζει τους δικαιούχους κάλυψης κάτω από το **ασφαλιστήριο**, τον χρόνο έναρξης της **κάλυψης**, τον τρόπο ανανέωσης της και τον τρόπο καταβολής των ασφαλίσεων.

Οξεία

Η ξαφνική εκδήλωση **ιατρικής κατάστασης** η οποία ενδέχεται να ανταποκριθεί γρήγορα σε **περίθαλψη/θεραπεία**.

Όριο/α παροχής/ών

Όρια τα οποία εφαρμόζονται σε επιλεγμένες **παροχές** ή συγκεκριμένα μέρη μιας **παροχής**, ως αυτά καταγράφονται στον **πίνακα παροχών σας**. Αυτά μπορεί να περιορίζονται από το χρηματικό όριο ή το όριο συχνότητας. Όλα τα **όρια παροχών** εφαρμόζονται ανά **ασφαλισμένο πρόσωπο** και είτε ανά **ιατρική κατάσταση** είτε ανά **περίοδο κάλυψης**.

Ορισμοί /συνέχεια

Π

Παράβλεψη ιατρικού ιστορικού (ΠΙΙ)

Στα ασφαλιστήρια όπου εφαρμόζεται η **Παράβλεψη Ιατρικού Ιστορικού (ΠΙΙ)**, ο πελάτης δεν απαιτείται να παράσχει λεπτομέρειες του ιατρικού του ιστορικού προτού γίνει αποδεκτή η ασφάλισή του. Παρέχεται **κάλυψη** για την **περίθαλψη θεραπεία προϋπάρχουσων ιατρικών καταστάσεων**.

Παροχή/ές

Ασφαλιστική **κάλυψη** που παρέχεται σύμφωνα με το **ασφαλιστήριο** και οποιαδήποτε συμπληρωματική **κάλυψη**, περιορισμός, ειδικός όρος ή οπισθογράφηση, ως σημειώνονται στο **πιστοποιητικό ασφάλισης σας**.

Περίθαλψη/Θεραπεία

Οποιοδήποτε ιατρικές, οδοντιατρικές ή χειρουργικές υπηρεσίες (συμπεριλαμβανομένων **διαγνωστικών εξετάσεων**) που χρειάζονται για τη διάγνωση, ανακούφιση, διαχείριση ή θεραπεία οποιασδήποτε **ιατρικής κατάστασης**, ασθένειας ή τραυματισμού, υπό τις οδηγίες ενός αναγνωρισμένου **ιατρού/ειδικού**.

Περίοδος αναμονής

Η χρονική περίοδος που ξεκινά από την **ημερομηνία έναρξης** του **ασφαλισμένου προσώπου**, κατά τη διάρκεια της οποίας το **ασφαλισμένο πρόσωπο** δεν δικαιούται **κάλυψη** για συγκεκριμένες παροχές. Οι περίοδοι αναμονής αναφέρονται στον **πίνακα παροχών σας**.

Περίοδος κάλυψης

Η **περίοδος κάλυψης** που ορίζεται στο **πιστοποιητικό ασφάλισης** και στον **Πίνακα Ασφαλιστηρίου**. Αυτή θα είναι συνήθως 12-μηνια περίοδος ξεκινώντας από την **ημερομηνία έναρξης** ή οποιαδήποτε μεταγενέστερη **ημερομηνία ανανέωσης**.

Πίνακας παροχών

Η λίστα των **παροχών** η οποία περιγράφει το πεδίο εφαρμογής της παρεχόμενης **κάλυψης**, συμπεριλαμβανομένων ορίων που δύναται να εφαρμόζονται σε σχέση με χρηματικά όρια ή όρια συχνότητας.

Πιστοποιητικό Ασφάλισης

Το πιστοποιητικό το οποίο περιγράφει λεπτομέρειες του **συμβαλλόμενου προσώπου, του/των ασφαλισμένου/ων προσώπου/ων**, της **ημερομηνίας έναρξης, ημερομηνίας έναρξης** κάθε **ασφαλισμένου προσώπου** και της **ημερομηνίας ανανέωσης**, περίληψη του επιπέδου της παρεχόμενης **κάλυψης** (η οποία πρέπει να διαβάζεται σε συνάρτηση με τον **πίνακα παροχών**), την **γεωγραφική περιοχή** της **κάλυψης**, καθώς και οποιαδήποτε **αφαιρετέα ποσά, συνασφαλίσεις** και προσωπικές εξαιρέσεις καθώς και **περιόδους αναμονής** που μπορεί να εφαρμόζονται.

Προέγκριση

Η επιβεβαίωση που χρειάζεται από **εμάς** προτού λάβετε **περίθαλψη/θεραπεία** για τραυματισμό ή **ιατρική κατάσταση**, για επιλεγμένες **παροχές**, όπως καθορίζονται στον **πίνακα παροχών**.

Προσθετικό μέλος

Τεχνητό υποκατάστατο ή μέσο αντικατάστασης μέρους του σώματος το οποίο περιορίζεται στα μάτια, τις αρθρώσεις και τα άκρα. Για εσωτερικά προσθετικά μέρη, παραπέμπεστε στον όρο «**Συσκευές**».

Προσόντουχος νοσηλευτής/νοσηλεύτριας

Νοσηλευτής/νοσηλεύτρια ο οποίος είναι εγγεγραμμένος σε οποιοδήποτε μητρώο ή κατάλογο νοσηλευτών το οποίο διατηρείται από οποιοδήποτε θεσμικό φορέα εγγραφής νοσηλευτών, εντός της χώρας όπου παρέχεται η **περίθαλψη/θεραπεία** και τον οποίο **εμείς** αναγνωρίζουμε.

Προϋπάρχουσα κατάσταση

Οποιαδήποτε **ιατρική κατάσταση, διαταραχή ψυχικής υγείας**, ή οποιαδήποτε **σχετική κατάσταση**, για την οποία είχατε λάβει **περίθαλψη/θεραπεία**, υποφέρατε από συμπτώματα (είτε αυτά διερευνήθηκαν είτε όχι) ή είχατε ζητήσει ιατρική συμβουλή πριν από την **ημερομηνία έναρξης σας**.

Πρόωρος Τοκετός

Νεογνό το οποίο γεννήθηκε πριν την έναρξη της 37ης εβδομάδας κύησης.

Ρ/Σ

Συμβαλλόμενος (ατομικό συμβόλαιο)

Το πρόσωπο που προσδιορίζεται ως ο **συμβαλλόμενος** στην αίτηση ασφάλισης και στο όνομα του οποίου εκδίδεται το **ασφαλιστήριο**.

Συμβαλλόμενος (ομαδικό συμβόλαιο)

Εταιρεία, οργανισμός ή σχολείο που έχουν συνάψει την **ομαδική συμφωνία μαζί μας**.

Συνασφάλιση

Εφαρμόζεται σε επιλεγμένες **παροχές** και είναι το ποσοστό καταβολής του οποίου διαμοιράζεται μεταξύ **εσάς** και **εμάς** για κάθε λαμβανόμενη **περίθαλψη/θεραπεία**. Όπου εφαρμόζεται, εφαρμόζεται σε κάθε **ασφαλισμένο πρόσωπο** για κάθε **περίοδο κάλυψης**.

Συσκευές

Συσκευές και εξοπλισμός όταν αυτά χρησιμοποιούνται ως αναπόσπαστο μέρος χειρουργικής διαδικασίας, η οποία διεξάγεται από **ιατρό/ειδικό**, εκτός αυτών που καθορίζονται ως **προσθετικά μέρη** ή **μη αναλώσιμος ιατρικός εξοπλισμός**.

Σχετική κατάσταση

Οποιαδήποτε **ιατρική κατάσταση**, την οποία εμείς θεωρούμε ότι είτε είναι μια υποκείμενη αιτία είτε αποδίδεται άμεσα στην **ιατρική κατάσταση** για την οποία υποβάλλατε αίτηση.

Τ

Τελικό Στάδιο

Όταν δεν αναμένεται πως η **περίθαλψη/θεραπεία** μπορεί πλέον να θεραπεύσει την **ιατρική κατάσταση** και αναμένεται πως ο θάνατος θα επέλθει εντός 12 μηνών από την ημερομηνία της διάγνωσης.

Τρομοκρατική ενέργεια

Τρομοκρατική ενέργεια σημαίνει ενέργεια που περιλαμβάνει μεταξύ άλλων τη χρήση ή την απειλή χρήσης δύναμης ή βίας από οποιοδήποτε πρόσωπο ή ομάδα προσώπων, που ενεργούν είτε με ίδια πρωτοβουλία είτε εκ μέρους οποιωνδήποτε οργανώσεων ή κυβερνήσεων, η οποία

Ορισμοί /συνέχεια

διενεργείται για πολιτικούς, θρησκευτικούς, ιδεολογικούς ή συναφείς σκοπούς ή λόγους, συμπεριλαμβανομένης της πρόθεσης επηρεασμού κυβερνήσεων και/ή του εκφοβισμού του κοινού ή οποιουδήποτε μέρους αυτού.

Υ/Φ

Φάρμακα και επιθέματα/επίδεσμοι

Απαραίτητα συνταγογραφούμενα φαρμακευτικά σκευάσματα, επιθέματα/επίδεσμοι και φάρμακα αναγκαία για τη **περίθαψη/θεραπεία** μιας **ιατρικής κατάστασης** η οποία καλύπτεται βάσει του **ασφαλιστηρίου**, τα οποία είναι εγκεκριμένα και αναγνωρισμένα στη χώρα όπου έχουν συνταγογραφηθεί και χορηγούνται από **ιατρό/ειδικό**. Δεν καλύπτουμε **φάρμακα και επιθέματα/επίδεσμούς** που έχουν συνταγογραφηθεί αλλά μπορούν να αγοραστούν και χωρίς την ιατρική συνταγή.

Φροντίδα νεογνού

Αναφέρεται σε οποιαδήποτε **ιατρική κατάσταση** η οποία εκδηλώνεται και απαιτεί **περίθαψη/θεραπεία** εντός των πρώτων 30 ημερών από τη γέννηση.

Φυσιοθεραπεία

Περίθαψη/Θεραπεία που συστήθηκε από **ιατρό/ειδικό**, ως **ιατρικώς αναγκαία** για την αντιμετώπιση ασθένειας, σωματικού τραυματισμού ή **ιατρικής κατάστασης** που παρέχεται από αδειούχο και προσοντούχο φυσικοθεραπευτή.

Φυσιοθεραπευτής

Πρόσωπο το οποίο εξασκεί το επάγγελμα του **φυσιοθεραπευτή** και που είναι εγγεγραμμένος και κατέχει άδεια άσκησης του επαγγέλματος στη χώρα όπου παρέχεται η **περίθαψη/θεραπεία**.

Χ/Ψ/Ω

Χρόνια πάθηση

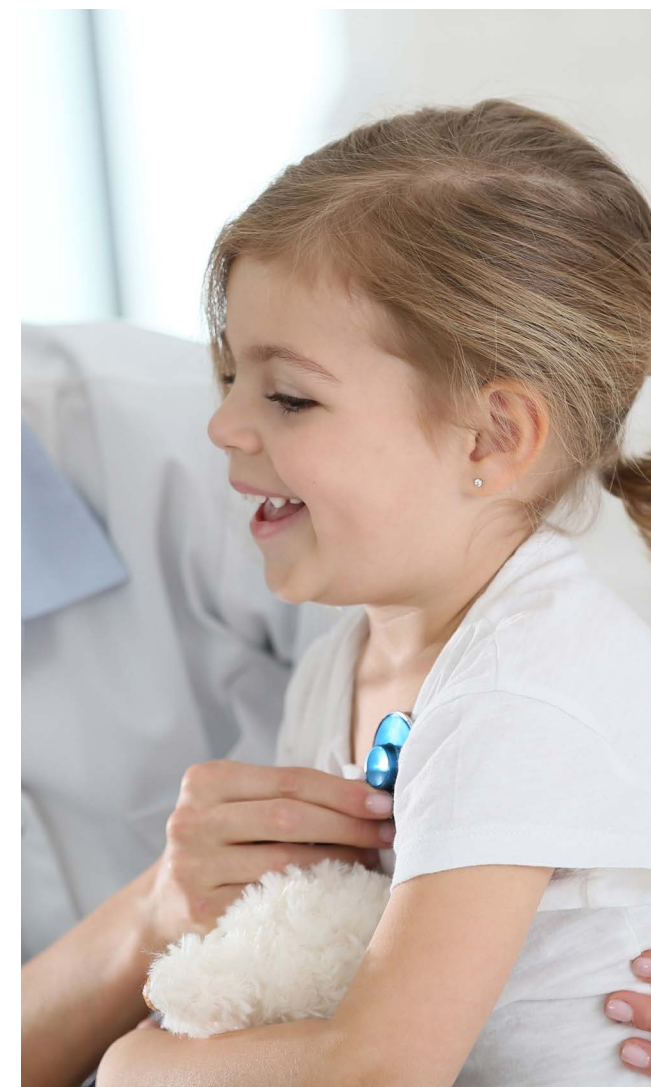
Νόσος, ασθένεια ή τραυματισμός που έχει ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Είναι υποτροπιάζουσας φύσης

- Δεν υπάρχει καμία γνωστή αναγνωρισμένη θεραπεία για αυτή
- Χρειάζεται παρατεταμένη παρακολούθηση και/ή επίβλεψη μέσω ιατρικών επισκέψεων και **εξετάσεων**, ελέγχων ρουτίνας, αναλύσεων ή φαρμακευτικής αγωγής
- Χρειάζεται **ανακουφιστική φροντίδα**
- Είναι απαραίτητη η **αποκατάστασή σας** ή η ειδική εκπαίδευσή **σας** για να μπορέσετε να ανταπεξέλθετε με αυτή
- Μπορεί να οδηγήσει σε ανικανότητα

Χώρα διαμονής

Η **Κύπρος**, στην οποία διαμένετε για περίοδο όχι μικρότερη των τριών μηνών ανά **περίοδο κάλυψης**.



07

Γενικοί Όροι



Γενικοί Όροι (Ομαδικά και Ατομικά Ασφαλιστήρια)

Άλλη Ασφάλιση

Αν υπάρχει οποιαδήποτε άλλη ασφάλιση, η οποία καλύπτει οποιαδήποτε **παροχή** που καλύπτεται βάσει αυτού του **ασφαλιστηρίου** και για την οποία γίνεται απαίτηση, πρέπει να **μας** ενημερώσετε σχετικά κατά την υποβολή της απαίτησης **σας**. Σε αυτήν την περίπτωση, δεν θα είμαστε υπεύθυνοι να πληρώσουμε ή να συνεισφέρουμε περισσότερο από το ποσοστιαίο μερίδιο το οποίο **μας** αναλογεί.

Αν διαφανεί ότι έχετε πληρωθεί για όλα ή μερικά από τα έξοδα της απαίτησης από άλλη ασφαλιστική πηγή, δικαιούμαστε σε επιστροφή χρημάτων από **εσάς**. Διατηρούμε το δικαίωμα να αφαιρέσουμε το επιστρεπτέο ποσό από επικείμενες ή μελλοντικές διευθετήσεις απαιτήσεων ή να ακυρώσουμε το **ασφαλιστήριο** από την **ημερομηνία έναρξης** του ή από την **ημερομηνία ένταξης σας** σε αυτό (οποιοδήποτε είναι τελευταίο χρονικά) χωρίς την επιστροφή καταβληθέντων **ασφαλίσεων**.

Υποκατάσταση

Αν κρίνουμε ότι επιβάλλεται, μπορεί να εξασκήσουμε δικαίωμα υποκατάστασης. Αυτό σημαίνει ότι αν έχετε υποστεί τραυματισμό ή απώλεια που **σας** οδήγησε στην υποβολή απαίτησης βάσει του **ασφαλιστηρίου**, τότε μπορεί να αποκτήσουμε έλεγχο του δικαιώματος **σας** να ζητήσετε αποζημίωση από το μέρος που **σας** προκάλεσε τον τραυματισμό ή την απώλεια.

Βοήθεια και Μεσολάβηση

Η παροχή βοήθειας και μεσολάβησης **μας**, βάσει του **ασφαλιστηρίου**, υπόκειται σε εθνικούς και διεθνείς νόμους και στη διαθεσιμότητα εξειδικευμένων ιατρικών εγκαταστάσεων. Παρόλο που θα καταβάλουμε κάθε δυνατή προσπάθεια για να ξεπεράσουμε οποιοσδήποτε τοπικούς περιορισμούς, ίσως να υπάρξουν φορές όπου αυτοί θα **μας** αποτρέψουν από το να παράσχουμε βοήθεια και να μεσολαβήσουμε ή θα περιορίσουν την ικανότητα **μας** να το πράξουμε.

Μετατροπή Νομίματος

Στην περίπτωση όπου το νόμισμα του τιμολογίου είναι διαφορετικό του νομίματος του **ασφαλιστηρίου**, για τη μετατροπή του ποσού που έχει προκύψει στο νόμισμα του **ασφαλιστηρίου**, υπολογίζεται η συναλλαγματική ισοτιμία που επικρατούσε κατά την ημερομηνία πληρωμής της υπηρεσίας ή **περίθαλψης/θεραπείας**. Ακολουθώντας, η ίδια συναλλαγματική ισοτιμία χρησιμοποιείται για τη μετατροπή του καταβλητέου ποσού από το νόμισμα του **ασφαλιστηρίου** πίσω στο νόμισμα του τιμολογίου, αποφεύγοντας έτσι τη δημιουργία ελλείμματος στην πληρωμή του παραλήπτη.

Δικαιώματα Τρίτων Μερών

Το **ασφαλιστήριο** είναι μια συμφωνία μεταξύ **εμάς** και του **συμβαλλομένου**. Ο **συμβαλλόμενος** είναι το μόνο πρόσωπο που έχει δικαίωμα να επιβάλει την εφαρμογή των όρων του **ασφαλιστηρίου** ή κατόπιν έγκρισης **μας** να αλλάξει τους όρους του. Έχουμε συμφωνήσει με τον **συμβαλλόμενο** πως τρίτα μέρη δεν έχουν κανένα δικαίωμα να επιβάλλουν την εφαρμογή του **ασφαλιστηρίου**. Αυτό δεν επηρεάζει το δικαίωμα **σας** να υποβάλετε παράπονο εναντίον **μας**.

Πότε χρειαζόμαστε τη συγκατάθεση σας

Για να μπορέσουμε να παρέχουμε ασφαλιστική κάλυψη και να χειριστούμε απαιτήσεις ασφάλισης, ενδέχεται να χρειαστεί να επεξεργαστούμε κατηγορίες προσωπικών δεδομένων οι οποίες υπόκεινται σε επιπρόσθετη προστασία σύμφωνα με την νομοθεσία προστασίας προσωπικών δεδομένων, όπως τα δεδομένα σχετικά με την υγεία **σας**.

Για να μπορέσουμε να επεξεργαστούμε αυτά τα δεδομένα, η συγκατάθεση **σας** ενδεχομένως να είναι απαραίτητη. Μπορείτε να αποσύρετε την συγκατάθεση **σας** και των εξαρτωμένων **σας** ανά πάσα στιγμή. Εν τούτοις, αν αποσύρετε τη συγκατάθεση **σας**, αυτό θα επηρεάσει την ικανότητα **μας** να παρέχουμε ασφάλιση ή να πληρώσουμε απαιτήσεις.

Γενικοί Όροι (Ομαδικά και Ατομικά Ασφαλιστήρια) /συνέχεια

Προστασία προσωπικών δεδομένων

Για να είμαστε σε θέση να παρέχουμε προσφορά, ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή να χειριστούμε οποιαδήποτε απαίτηση, χρειάζεται να συλλέξουμε και να επεξεργαστούμε προσωπικά δεδομένα, δικά **σας** και των **εξαρτωμένων σας**, που συμπεριλαμβάνουν:

- προσωπικά στοιχεία όπως όνομα, διεύθυνση, ημερομηνία γέννησης και το όνομα του εργοδότη/ οργανισμό/σχολείο **σας**,
- στοιχεία αξιολόγησης κινδύνου, που είναι οι πληροφορίες που χρειάζεται να συλλέξουμε για να αξιολογήσουμε τον κίνδυνο της ασφάλισης **σας** και να παρέχουμε προσφορά. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν δεδομένα σχετικά με την υγεία **σας** και των **εξαρτωμένων σας**,
- λεπτομέρειες σημερινών και προηγούμενων απαιτήσεων, οι οποίες μπορεί επίσης να περιλαμβάνουν δεδομένα σχετικά με την υγεία **σας** και των **εξαρτωμένων σας**.

Δύναται να συλλέξουμε τα προσωπικά δεδομένα **σας** και των **εξαρτωμένων σας** από διάφορες πηγές, συμπεριλαμβανομένων του εργοδότη/ οργανισμό/ σχολείο **σας**, του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή του εργοδότη/ οργανισμό/σχολείο **σας** και των ιατρικών εμπειρογνομόνων, που διορίστηκαν να **σας** περιθάλψουν σε περίπτωση απαίτησης. Θα διατηρήσουμε τα προσωπικά **σας** δεδομένα μόνο για όσο διάστημα χρειάζεται και μόνο για τον σκοπό για τον οποίο είχαν συλλεχθεί αρχικά.

Η παροχή ασφάλισης προϋποθέτει την ανταλλαγή προσωπικών δεδομένων μεταξύ διάφορων προσώπων που συμμετέχουν στον τομέα της

ασφάλισης, συμπεριλαμβανομένων διαμεσολαβητών, ασφαλιστών και αντασφαλιστών και τρίτων προσώπων που παρέχουν υπηρεσίες σε σχέση με την ασφάλιση, όπως ιατρικούς εμπειρογνώμονες και ο καθ' ένας από αυτούς μπορεί να βρίσκεται εκτός της **χώρας διαμονής σας**.

Αν έχετε οποιαδήποτε απορία σε σχέση με τον τρόπο επεξεργασίας των προσωπικών **σας** δεδομένων ή των προσωπικών δεδομένων των εξαρτώμενων **σας**, παρακαλούμε επισκεφθείτε την ιστοσελίδα: www.cosmosinsurance.com.cy

Εφαρμοστέο δίκαιο στο ασφαλιστήριο

Αυτό το **ασφαλιστήριο** έχει εκδοθεί σύμφωνα με το Κυπριακό Δίκαιο και διέπεται από τους νόμους της Κυπριακής Δημοκρατίας εκτός όπου ρητά προνοείται διαφορετικά στο **πιστοποιητικό ασφάλισης**.

Γενικοί Όροι (Ομαδικά Ασφαλιστήρια)

Κριτήρια Καταλληλότητας

Το **ασφαλιστήριο** είναι διαθέσιμο σε εργοδοτούμενους/ μέλοι/μαθητές και δικαιούχους εξαρτώμενους αυτών (σύζυγο/σύντροφο και/ή παιδιά).

Οι εργοδοτούμενοι πρέπει να πληρούν τα ακόλουθα κριτήρια:

- να είναι εργοδοτούμενοι πλήρους απασχόλησης στον εργοδότη τους και με αυτό εννοούμε να εργάζονται 21 ή περισσότερες ώρες την εβδομάδα.
- να είναι ηλικίας κάτω των 65 ετών. Εάν ένας εργοδοτούμενος είναι ηλικίας 65 ετών και άνω, αυτό πρέπει να δηλώνεται γραπτώς σε **εμάς** και η ένταξη του στο ασφαλιστικό σχέδιο θα υπόκειται στην έγκριση **μας**. Εν πάση περιπτώσει, η μέγιστη ηλικία **κάλυψης** είναι η ηλικία των 80 ετών
- να διαμένουν ή να εργάζονται στην Κύπρο

Κατά τη διαδικασία της αίτησης ιατροφαρμακευτικής ασφάλισης, ζητούμε από τους συμμετέχοντες σε ομαδικά ασφαλιστήρια να συμπληρώσουν δήλωση υγείας για τους ίδιους και τα **εξαρτώμενα** τους. Αυτή θα απαιτείται και για όλα τα άτομα τα οποία θα προστεθούν μελλοντικά ως **ασφαλισμένα πρόσωπα** στο **ασφαλιστήριο**.

Η **κάλυψη σας** δυνάμει του **ασφαλιστηρίου** θα συνεχίσει να υφίσταται μέχρι τον τερματισμό της εργοδότησής **σας**, την αφαίρεση της **κάλυψης** από τον **συμβαλλόμενο**, την ακύρωση της **κάλυψης σας** με δική **σας** πρωτοβουλία ή την αφυπηρέτηση **σας** από την εργασία.

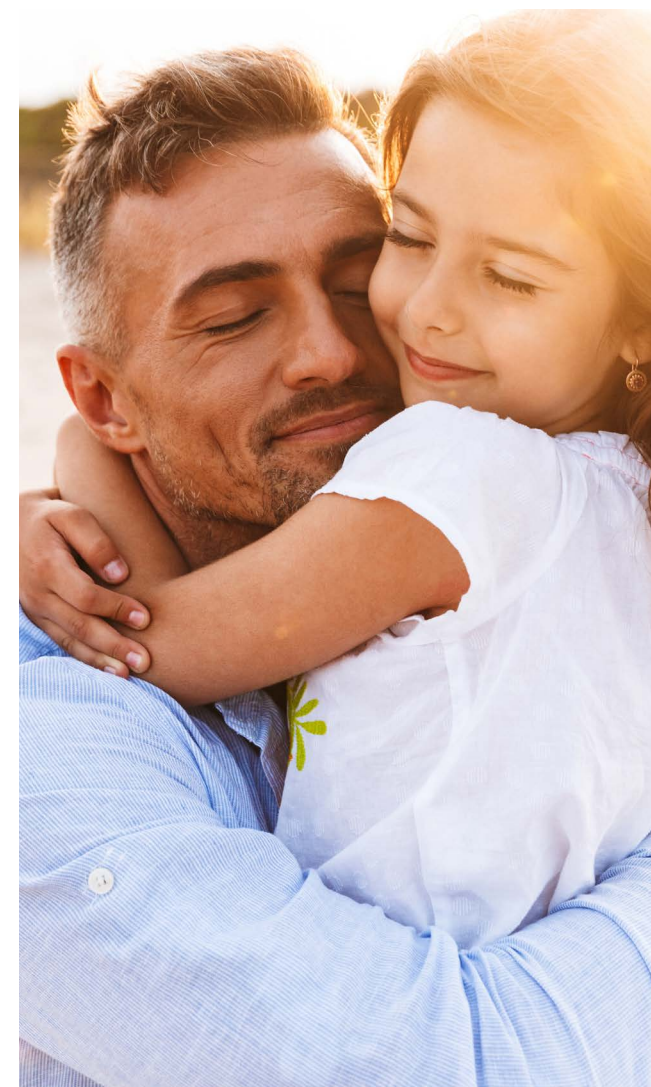
Τα **εξαρτώμενα** πρόσωπα τα οποία αιτούνται να συμπεριληφθούν στο σχέδιο πρέπει να διαμένουν με το **κύριο μέλος** (εργοδοτούμενο/μέλος/μαθητή).

Ο **εξαρτώμενος** σύζυγος/σύντροφος πρέπει να είναι ηλικίας κάτω των 65 ετών.

Τα **εξαρτώμενα** παιδιά πρέπει να είναι ηλικίας κάτω των 19 ετών (ή κάτω των 26 ετών εάν βρίσκονται σε πρόγραμμα πλήρους φοίτησης ή υπηρετούν την στρατιωτική τους θητεία/ υποχρέωση) και μπορούν να παραμείνουν καλυπτόμενα μέχρι την πρώτη **ημερομηνία ανανέωσης** που θα ακολουθήσει μετά τη συμπλήρωση του 18ου έτους της ηλικίας τους (ή μετά τα 25α γενέθλιά τους αν βρίσκονται σε πρόγραμμα πλήρους φοίτησης ή μετά την ολοκλήρωση των σπουδών τους ή την ολοκλήρωση της στρατιωτικής τους θητείας/υποχρέωσης), οπότε η **κάλυψη** τους βάσει του **ασφαλιστηρίου** θα τερματιστεί.

Τα **νεογνά** καλύπτονται για την περίοδο των πρώτων 30 ημερών από την γέννησή τους κάτω από το **ασφαλιστήριο** της μητέρας τους, αν το **ασφαλιστήριο** περιλαμβάνει **παροχές φροντίδας νεογνού** και η μητέρα καλυπτόταν από το **ασφαλιστήριο** για περίοδο δώδεκα (12) τουλάχιστον μηνών και με την προϋπόθεση ότι το **νεογνό** θα πρέπει να εγγραφεί στο **ασφαλιστήριο** ως **εξαρτώμενο** εντός 30 ημερών από τη γέννησή του. Αν το νεογνό εγγραφεί μετά τις 30 ημέρες από την γέννησή του, ενδεχομένως να υπόκειται σε περιορισμούς επιλεξιμότητας, συμπεριλαμβανομένων όρων εξαιρέσεων για οποιαδήποτε **προϋπάρχουσα πάθηση**.

Τα **εξαρτώμενα πρόσωπα** θα καλύπτονται βάσει του **ασφαλιστηρίου** για όσο διάστημα το **κύριο μέλος** καλύπτεται κάτω από το **ασφαλιστήριο**.



Γενικοί Όροι (Ομαδικά Ασφαλιστήρια) /συνέχεια

Προσθήκες, Τροποποιήσεις και Ακυρώσεις

Για να προσθέσετε ή να αφαιρέσετε **εξαρτώμενα πρόσωπα** από αυτό το **ασφαλιστήριο** ή για να τροποποιήσετε οποιοδήποτε λεπτομέρειες, παρακαλούμε διαβουλευτείτε με τον **συμβαλλόμενο** (τον εργοδότη/ οργανισμό/σχολείο **σας**).

Για οποιοδήποτε προσθήκες ή διαγραφές μελών από την **ομαδική συμφωνία**, χρειαζόμαστε ειδοποίηση από τον **συμβαλλόμενο** (τον εργοδότη/ οργανισμό/ σχολείο **σας**) εντός 30 ημερών από την ημερομηνία που επιθυμεί να τεθεί σε ισχύ η πρόσθεση ή διαγραφή. Διατηρούμε το δικαίωμα να προβούμε στην αιτούμενη τροποποίηση κατά την ημερομηνία ειδοποίησης ή να ακυρώσουμε την **κάλυψη**, αν ειδοποιηθούμε εκτός του προαναφερόμενου χρονικού ορίου.

Η **ημερομηνία ένταξης** στην **ομαδική συμφωνία** δεν μπορεί να είναι αναδρομική, για να καλύψει απαιτήσεις οι οποίες έχουν ήδη συμβεί. Επιπλέον, δεν μπορούμε να ακυρώσουμε το **ασφαλιστήριο** αναδρομικά, όταν έχει διεκπεραιωθεί ο χειρισμός απαιτήσεων ή όταν έχει ήδη δοθεί **προέγκριση**.

Διατηρούμε το δικαίωμα να αρνηθούμε, να αποδεχτούμε ή να θέσουμε όρους σε σχέση με αίτηση που υποβλήθηκε για **εσάς** ή για οποιοδήποτε **εξαρτώμενο σας** και επιπλέον διατηρούμε το δικαίωμα να ζητήσουμε, ανά πάσα στιγμή εντός της **περιόδου κάλυψης**, αποδεικτικά ηλικίας, κατάστασης υγείας (συμπεριλαμβανομένων αρχείων ιατρικού ιστορικού), κατάστασης απασχόλησης και πλήρους φοίτησης ή στρατιωτικής υπηρεσίας, υιοθεσίας ή

οποιαδήποτε άλλης μεταβολής στις περιστάσεις **σας**.

Ο **Συμβαλλόμενος** έχει το δικαίωμα οποτεδήποτε να ακυρώσει το **Ασφαλιστήριο** αποστέλλοντας γραπτή ειδοποίηση στην **Εταιρεία**.

Σε τέτοια περίπτωση η υποχρέωση **μας** περιορίζεται στην επιστροφή **ασφαλιστρού** που αναλογεί στο μέρος που τερματίζεται που έχει τυχόν εισπραχτεί για μεταγενέστερη του τερματισμού χρονική περίοδο.

Θάνατος του Κυρίου Μέλους

Στην περίπτωση θανάτου του **κυρίου μέλους**, ο/η σύντροφος ή σύζυγος (νοούμενου ότι καλύπτεται ήδη ως **εξαρτώμενο** πρόσωπο στο **ασφαλιστήριο**) θα γίνει αυτόματα το **κύριο μέλος** για το υπόλοιπο της **περιόδου κάλυψης** ή μέχρι την ημερομηνία κατά την οποία λήγει η **κάλυψη** του/της σύμφωνα με τους όρους του **ασφαλιστηρίου**, οποιοδήποτε επισυμβεί νωρίτερα.

Ασφάλιστρα

Ο **συμβαλλόμενος** έχει συνάψει το **ασφαλιστήριο** μαζί **μας** και είναι υπεύθυνος να καταβάλλει τα οφειλόμενα ασφάλιστρα δυνάμει του **ασφαλιστηρίου**. Στην περίπτωση όπου ο **συμβαλλόμενος** (ο εργοδότης/ οργανισμός / σχολείο **σας**) δεν καταβάλει αυτά τα ασφάλιστρα εντός τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία οφειλής ή δεν συμμορφωθεί με τους όρους και προϋποθέσεις του **ασφαλιστηρίου**, διατηρούμε το δικαίωμα να τερματίσουμε το **ασφαλιστήριο** και να αρνηθούμε να πληρώσουμε απαιτήσεις.

Γενικοί Όροι (Ομαδικά Ασφαλιστήρια) /συνέχεια

Τροποποιήσεις στο Ασφαλιστήριο

Κατά καιρούς, μπορεί να αλλάζουμε το ύψος των ασφαλίσεων, τις **παροχές** και τους όρους και προϋποθέσεις του **ασφαλιστηρίου** ή/και να αποσύρουμε το σχέδιο αλλά οποιεσδήποτε τέτοιες αλλαγές δεν θα ισχύσουν μέχρι την επόμενη **ημερομηνία ανανέωσης**, εκτός και αν αναγκαστούμε από το Νόμο να τις θέσουμε άμεσα σε εφαρμογή.

Ημερομηνίες Έναρξης και Ανανέωσης της Κάλυψης

Η **κάλυψη σας** βάσει του **ασφαλιστηρίου** τίθεται σε ισχύ είτε από την **ημερομηνία ένταξης σας** είτε από την **ημερομηνία έναρξης του ασφαλιστηρίου** (οποιοδήποτε είναι τελευταίο χρονικά) ως αναγράφεται στο **πιστοποιητικό ασφάλισης σας** και στη συνέχεια ανανεώνεται ετησίως την επόμενη μέρα της ημερομηνίας λήξης. Η χρονική διάρκεια της σύμβασης είναι συνήθως 12 μήνες, εκτός και αν έχουμε συμφωνήσει διαφορετικά με τον **συμβαλλόμενο**. Στην έναρξη κάθε νέας **περιόδου κάλυψης**, θα λαμβάνετε **πιστοποιητικό ασφάλισης**. Η **κάλυψη σας** ανανεώνεται (με πληρωμή των ασφαλίσεων) από τον **συμβαλλόμενο**, βάσει της **ομαδικής συμφωνίας**. Τόσο η **ημερομηνία ανανέωσης της κάλυψης σας** όσο και η **ημερομηνία ανανέωσης της ομαδικής ασφάλισης**, αναγράφονται στο **πιστοποιητικό ασφάλισης σας**.

Όροι και Προϋποθέσεις Αξιολόγησης Ασφαλιστικού Κινδύνου βάσει Ιατρικών Δεδομένων

Στην περίπτωση που η αίτηση σας αξιολογείται με βάση των ιατρικών δεδομένων πρέπει να **μας** δηλώσετε όλες και οποιεσδήποτε γνωστές **προϋπάρχουσες καταστάσεις**. Αυτές οι **προϋπάρχουσες καταστάσεις** ενδεχομένως να εξαιρούνται **κάλυψης** υπό το **ασφαλιστήριο σας** και θα αναφέρονται ειδικά στο **πιστοποιητικό ασφάλισης σας**.

Θα εξετάσουμε οποιαδήποτε **προϋπάρχουσα κατάσταση** η οποία θα περιέλθει εις γνώση **μας** και δεν έχει δηλωθεί και μπορεί ως αποτέλεσμα να επιβάλουμε περιορισμό στην **κάλυψη** ή να ακυρώσουμε το **ασφαλιστήριο**.

Τερματισμός

Η **κάλυψη σας** βάσει αυτού του **ασφαλιστηρίου**, τερματίζεται σε κάθε μία από τις ακόλουθες περιπτώσεις:

- Με τον θάνατο του **Ασφαλισμένου**
- Όταν ο **συμβαλλόμενος** δεν έχει καταβάλει τα ασφάλιστρα κατά την ημερομηνία που είναι πληρωτέα. Σε περίπτωση που το οφειλόμενο ποσό **μας** καταβληθεί, μπορούμε κατά τη διακριτική **μας** ευχέρεια να επαναφέρουμε την **κάλυψη**, παρόλο που διατηρούμε το δικαίωμα να προβούμε σε οποιαδήποτε τροποποίηση των όρων της παρεχόμενης **κάλυψης**.
- Όταν **εσείς**, εσκεμμένα ή αμελώς, **μας** έχετε παραπλανήσει είτε με λανθασμένη δήλωση **σας** είτε με απόκρυψη ουσιώδους γεγονότος ή γενικώς δεν έχετε ενεργήσει με απόλυτη καλή πίστη.
- Όταν έχετε αποτύχει να τηρήσετε ή παραβιάσατε τους όρους και προϋποθέσεις του **ασφαλιστηρίου**.
- Όταν είτε έχετε συμπεριφερθεί με δόλιο τρόπο, είτε έχετε υποβάλει μια διογκωμένη αξίωση.
- Μόλις **μας** ενημερώσει ο **συμβαλλόμενος** ότι δεν θα καλύπτεστε πλέον από το **ασφάλιστρο**.

Δεν θα έχουμε καμία ευθύνη να πληρώσουμε για **περίθαλψη/θεραπεία** η οποία λήφθηκε μετά την ημερομηνία που τερματίστηκε το **ασφαλιστήριο**, ακόμα και στην περίπτωση όπου η **περίθαλψη/θεραπεία** είχε ήδη **προεγκριθεί** αλλά δεν είχε ακόμη ληφθεί μέχρι και την ημερομηνία τερματισμού.

Γενικοί Όροι (Ατομικά Ασφαλιστήρια)

Κριτήρια καταλληλότητας

Εσείς, ο **συμβαλλόμενος** και/ή το **κύριο μέλος**, οφείλετε να διασφαλίσετε ότι η πληροφόρηση που παρέχεται σε **εμάς** είναι ακριβής, ορθή και ολοκληρωμένη, ώστε να **μας** δίνει μια ορθή εικόνα του κινδύνου που **μας** ζητάτε να αναλάβουμε. Σε περίπτωση που ανακαλύψουμε ότι η πληροφόρηση **σας** προς **εμάς** ήταν λανθασμένη, παραπλανητική ή ψευδής, διατηρούμε το δικαίωμα να ακυρώσουμε το **ασφαλιστήριο** εξ' υπαρχής χωρίς να επιστρέψουμε τα ασφάλιστρα που έχουν πληρωθεί ή να θέσουμε διαφορετικούς όρους και/ή προϋποθέσεις στο σχέδιο κάλυψης. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να αυξήσουν τα ασφάλιστρα που θα καταβάλλετε ή να μειώσουν τις **παροχές** που είναι διαθέσιμες βάσει του σχεδίου **κάλυψης**.

Το **κύριο μέλος** πρέπει να διαμένει στην **Κύπρο**. Πρέπει να **μας** ενημερώσετε σε περίπτωση που αλλάξετε τη διεύθυνση **σας**.

Τα **ασφαλισμένα πρόσωπα** πρέπει να είναι ηλικίας κάτω των 65 ετών για να ενταχθούν στο **ασφαλιστήριο**.

Τα **εξαρτώμενα άτομα (σύζυγος/σύντροφος και/ή παιδιά)** τα οποία περιλαμβάνονται στο σχέδιο πρέπει να διαμένουν με το **κύριο μέλος** και θα καλύπτονται κάτω από το ίδιο επίπεδο **παροχών**.

Η **κάλυψη σας** δυνάμει του **ασφαλιστηρίου** θα συνεχίσει να υφίσταται μέχρι να ακυρώσετε την **κάλυψη σας** με δική **σας** πρωτοβουλία, σύμφωνα με τους όρους του **ασφαλιστηρίου**.

Τα **εξαρτώμενα** παιδιά πρέπει να είναι ηλικίας κάτω των 19 ετών (ή κάτω των 26 ετών εάν βρίσκονται σε πρόγραμμα πλήρους φοίτησης ή υπηρετούν τη στρατιωτική τους θητεία/υποχρέωση) και μπορούν να παραμείνουν καλυπτόμενα την πρώτη **ημερομηνία ανανέωσης** που θα ακολουθήσει μετά την συμπλήρωση του 18ου έτους της ηλικίας τους (ή μετά τα 25α γενέθλιά τους αν βρίσκονται σε πρόγραμμα πλήρους φοίτησης ή υπηρετούν τη στρατιωτική τους θητεία/υποχρέωση) οπότε η **κάλυψη** τους βάσει του **ασφαλιστηρίου** θα τερματιστεί.

Τα **νεογνά** καλύπτονται για την περίοδο των πρώτων 30 ημερών από την γέννησή τους κάτω από το **ασφαλιστήριο** της μητέρας τους, αν το **ασφαλιστήριο** περιλαμβάνει **παροχές φροντίδας νεογνού** και η μητέρα καλυπτόταν από το **ασφαλιστήριο** για περίοδο δώδεκα (12) τουλάχιστον μηνών και με την προϋπόθεση ότι το **νεογνό** θα εγγραφεί στο **ασφαλιστήριο** ως **εξαρτώμενο** εντός 30 ημερών από τη γέννησή του. Αν το **νεογνό** εγγραφεί μετά τις 30 ημέρες από την γέννησή του, ενδεχομένως να υπόκειται σε περιορισμούς επιλεξιμότητας, συμπεριλαμβανομένων όρων εξαίρεσης για οποιαδήποτε **προϋπάρχουσα πάθηση**.

Προσθήκες, Τροποποιήσεις και Ακυρώσεις

Οποιοσδήποτε αλλαγές στις καλύψεις μπορούν να γίνουν μόνο κατά την ανανέωση και μετά από την συμπλήρωση σχετικής αίτησης τροποποίησης και αποδοχής από την Εταιρεία.

Για να προσθέσετε **εξαρτώμενα** πρόσωπα στο **ασφαλιστήριο** ή να τροποποιήσετε οποιοσδήποτε λεπτομέρειες, χρειάζεται να συμπληρώνετε και να αποστέλλεται σε **εμάς** σχετικό έντυπο Τροποποίησης.

Έχετε 14 ημέρες από την παραλαβή του **ασφαλιστηρίου σας** για να μελετήσετε την **κάλυψη σας** και να βεβαιωθείτε ότι ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις **σας**. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου μπορείτε να ακυρώσετε το **ασφαλιστήριο σας**, με την εγγύηση ότι θα έχετε πλήρη επιστροφή των χρημάτων **σας**, νοουμένου ότι δεν έχετε αποζημιωθεί στο μεσοδιάστημα για οποιοσδήποτε απαιτήσεις. Μετά τη λήξη αυτής της περιόδου, έχετε το δικαίωμα να ακυρώσετε το **ασφαλιστήριο σας** ή να προβείτε σε αφαιρέσεις αλλά δεν θα δικαιούστε επιστροφή χρημάτων.

Διατηρούμε το δικαίωμα να αρνηθούμε ή να αποδεχτούμε αίτηση που υποβλήθηκε από **εσάς** ή για οποιοδήποτε **εξαρτώμενο σας** και επιπλέον διατηρούμε το δικαίωμα να ζητήσουμε, ανά πάσα στιγμή, αποδεικτικά ηλικίας, κατάστασης υγείας (συμπεριλαμβανομένων αρχείων ιατρικού ιστορικού), κατάστασης απασχόλησης και πλήρους φοίτησης/στρατιωτικής υπηρεσίας.

Γενικοί Όροι (Ατομικά Ασφαλιστήρια) /συνέχεια

Θάνατος του Συμβαλλομένου και/ή Κυρίως Μέλους

Στην περίπτωση θανάτου του **συμβαλλομένου** και/ή **κυρίου μέλους** ο/η σύντροφος ή σύζυγος (νοουμένου ότι καλύπτεται ήδη ως **εξαρτώμενο** πρόσωπο στο **ασφαλιστήριο**) θα γίνει αυτόματα **συμβαλλόμενος** και/ή **Κύριο μέλος**.

Ασφάλιστρο

Έχετε συνάψει το **ασφαλιστήριο** μαζί **μας** και είστε υπεύθυνοι να καταβάλλετε τα οφειλόμενα ασφάλιστρα δυνάμει του **ασφαλιστηρίου**. Στην περίπτωση όπου δεν καταβάλλετε αυτά τα ασφάλιστρα εντός τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία οφειλής ή δεν συμμορφωθείτε με τους όρους και προϋποθέσεις του **ασφαλιστηρίου**, διατηρούμε το δικαίωμα να τερματίσουμε το **ασφαλιστήριο** και να αρνηθούμε να διευθετήσουμε απαιτήσεις.

Τροποποιήσεις στο Ασφαλιστήριο

Κατά καιρούς, μπορεί να αλλάξουμε το ύψος των ασφαλίσεων, τις **παροχές** και τους όρους και προϋποθέσεις του **ασφαλιστηρίου** ή/και να αποσύρουμε το σχέδιο, αλλά οποιεσδήποτε τέτοιες αλλαγές δεν θα ισχύσουν μέχρι την επόμενη **ημερομηνία ανανέωσης**, εκτός και αν αναγκαστούμε από το Νόμο να τις θέσουμε άμεσα σε εφαρμογή.

Ημερομηνία Έναρξης και Ανανέωσης της Κάλυψης

Η **κάλυψη σας** βάσει του **ασφαλιστηρίου** τίθεται σε ισχύ από την ημερομηνία έναρξης του ασφαλιστηρίου, ως αναγράφεται στο **πιστοποιητικό ασφάλισης σας** και στη συνέχεια ανανεώνεται ετησίως την επόμενη μέρα της ημερομηνίας λήξης. Η χρονική περίοδος της σύμβασης είναι συνήθως 12 μήνες, εκτός και αν έχουμε συμφωνήσει διαφορετικά μαζί **σας**. Στην έναρξη κάθε νέας **περιόδου κάλυψης** θα λαμβάνετε **πιστοποιητικό ασφάλισης** και επιπλέον θα **σας** επεξηγούμε τους όρους βάσει των οποίων θα συνεχίσει το **ασφαλιστήριο**. Αν δεν έχουμε οποιαδήποτε ανταπόκριση από **εσάς**, θα προχωρούμε στην ανανέωση του σχεδίου βάσει των νέων όρων. Αν έχετε επιλέξει να πληρώνετε τα ασφάλιστρα μέσω πιστωτικής κάρτας ή άλλης μεθόδου αυτόματης πληρωμής, έχουμε τη δυνατότητα να συνεχίσουμε να λαμβάνουμε τα ασφάλιστρα μέσω της εν λόγω μεθόδου και για την επόμενη **περίοδο κάλυψης σας**. Η **ημερομηνία ανανέωσης της κάλυψης σας** αναγράφεται στο **πιστοποιητικό ασφάλισης σας**.

Τερματισμός

Η **κάλυψη σας** βάσει αυτού του **ασφαλιστηρίου**, τερματίζεται σε κάθε μία από τις ακόλουθες περιπτώσεις:

- Με τον θάνατο του **Συμβαλλομένου** και/ή του **Ασφαλισμένου**
- Όταν κατά την **ημερομηνία ανανέωσης μας** ενημερώσετε ότι δεν επιθυμείτε πλέον να καλύπτεστε από το **ασφαλιστήριο**.
- Όταν δεν έχετε καταβάλει οποιοδήποτε ασφάλιστρο κατά την ημερομηνία που αυτά είναι πληρωτέα. Σε περίπτωση που το οφειλόμενο ποσό **μας** καταβληθεί, μπορούμε κατά τη διακριτική **μας** ευχέρεια να επαναφέρουμε την **κάλυψη**, παρόλο που διατηρούμε το δικαίωμα να προβούμε σε οποιαδήποτε τροποποίηση της παρεχόμενης **κάλυψης**.
- Όταν **μας** έχετε παραπλανήσει, είτε με λανθασμένη δήλωση **σας** είτε με απόκρυψη ουσιώδους γεγονότος ή γενικώς δεν έχετε ενεργήσει με απόλυτη καλή πίστη.
- Όταν έχετε αποτύχει να τηρήσετε ή έχετε παραβιάσει τους όρους και προϋποθέσεις του **ασφαλιστηρίου**.
- Όταν είτε έχετε συμπεριφερθεί με δόλιο τρόπο, είτε έχετε υποβάλει μια διογκωμένη αξίωση.

Δεν θα έχουμε καμία ευθύνη να πληρώσουμε για **περίθαλψη/θεραπεία** η οποία λήφθηκε μετά την ημερομηνία που τερματίστηκε το **ασφαλιστήριο**, ακόμα και στην περίπτωση όπου η **περίθαλψη/θεραπεία** είχε ήδη **προεγκριθεί** αλλά δεν είχε ακόμη ληφθεί μέχρι και την ημερομηνία τερματισμού.

08

Τρόπος υποβολής παραπόνου



Τρόπος υποβολής παραπόνου

Ανεκάθεν, στόχος **μας** ήταν να εκπληρώνουμε και να υπερβαίνουμε τις προσδοκίες των πελατών και των συνεργατών **μας**, παρέχοντας άμεσες λύσεις και εξαιρετική εξυπηρέτηση πελατών. Σε περιπτώσεις όπου αισθάνεστε ότι δεν ανταποκρινόμαστε στις προσδοκίες **σας**, παράκλησή **μας** είναι όπως **μας** ενημερώνετε, ώστε να **μας** βοηθήτε να αναγνωρίζουμε και να διορθώνουμε ή να βελτιώνουμε τις αδυναμίες στην πολιτική και στις διαδικασίες της εταιρείας **μας**.

Στην περίπτωση όπου έχετε οποιαδήποτε απορία ή παράπονο, παρακαλούμε όπως επικοινωνήσετε αμέσως με τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή **σας** ή με το παράρτημα μέσω του οποίου συνάψατε αυτό το **ασφαλιστήριο**. Εάν μετά την εν λόγω επικοινωνία συνεχίζετε να είστε δυσαρεστημένοι ή πιστεύετε ότι το παράπονο **σας** δεν έτυχε σωστού χειρισμού, τότε παρακαλούμε όπως επικοινωνήσετε άμεσα μαζί **μας** μέσω ενός από τους πιο κάτω τρόπους:

1. Γραπτώς, συμπληρώνοντας και υποβάλλοντας το «Έντυπο Παραπόνου», το οποίο είναι διαθέσιμο στην ιστοσελίδα **μας** στην κατηγορία «Διαδικασία Παραπόνων» και αποστέλλοντάς το «υπόψη του Υπευθύνου Παραπόνων»:
 - ταχυδρομικώς στην ακόλουθη διεύθυνση: Κόσμος Ασφαλιστική Εταιρεία Δημόσια Λτδ, Τ.Θ. 21770, 1513 Λευκωσία
 - μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στη διεύθυνση: info@cosmosinsurance.com.cy
 - μέσω τηλεομοιότυπου (φαξ) στον αριθμό +357 22 022000
2. Τηλεφωνικώς, στον αριθμό +357 22 796000 ζητώντας να μιλήσετε με τον Υπεύθυνο Παραπόνων.

Εντός δύο (2) εργάσιμων ημερών από την λήψη του παραπόνου **σας**, θα **σας** αποστείλουμε γραπτή επιβεβαίωση ότι το έχουμε λάβει.

Στόχος **μας** είναι να διερευνούμε και να ανταποκρινόμαστε σε όλα τα παράπονα εντός δεκαπέντε (15) εργάσιμων ημερών από την λήψη τους. Σε περιπτώσεις όπου αυτό δεν είναι δυνατό, θα **σας** ενημερώσουμε έγκαιρα ότι θα καθυστερήσουμε, επεξηγώντας τους λόγους της καθυστέρησης. Σε κάθε περίπτωση, θα ανταποκριθούμε στο παράπονο **σας** εντός τριάντα (30), **επιπλέον** εργάσιμων ημερών από τη λήψη του.

Στην περίπτωση όπου δεν καταστεί δυνατό να καταλήξουμε σε αμοιβαία συμφωνία μεταξύ **μας**, βάσει των όρων και προϋποθέσεων αυτού του **ασφαλιστηρίου** και βασιζόμενοι στις συνήθεις διαδικασίες της εταιρείας **μας**, διατηρείτε το δικαίωμα να προωθήσετε το παράπονο **σας** στον Ενιαίο Φορέα Εξώδικης Επίλυσης Διαφορών Χρηματοοικονομικής Φύσης της Κυπριακής Δημοκρατίας ή λαμβάνοντας νομικά μέτρα.

Για να **μας** βοηθήσετε να επιλύσουμε το παράπονο **σας**, παρακαλούμε όπως παρέχετε τις ακόλουθες πληροφορίες:

- το όνομα **σας** και τις λεπτομέρειες μέλους
- ένα αριθμό τηλεφωνικής επικοινωνίας
- περιγραφή του παραπόνου **σας**
- οποιαδήποτε σχετική πληροφορία αναφορικά με το παράπονο **σας**, την οποία μπορεί να μην έχουμε λάβει.

Ο Ενιαίος Φορέας Εξώδικης Επίλυσης Διαφορών Χρηματοοικονομικής Φύσης

Συνήθως δίνουμε την τελική **μας** απάντηση εντός οκτώ εβδομάδων από την πρώτη φορά που επικοινωνήσατε μαζί **μας**. Εν τούτοις, όπου είναι εφικτό θα ανταποκριθούμε σε διάστημα μικρότερο των οκτώ εβδομάδων.

Αν διαφανεί πως για την εξέταση του παραπόνου **σας** θα χρειαστούμε περισσότερο χρόνο από οκτώ εβδομάδες, θα **σας** ενημερώσουμε για τους λόγους της καθυστέρησης και θα **σας** κρατάμε ενήμερους. Αν δεν μπορούμε να δώσουμε ολοκληρωτική απάντηση στο παράπονο **σας** μέσα σε διάστημα οκτώ εβδομάδων ή αν δεν είστε ικανοποιημένοι με την τελική **μας** απάντηση, μπορείτε να παραπέμψετε το παράπονο **σας** στον Ενιαίο Φορέα Εξώδικης Επίλυσης Διαφορών Χρηματοοικονομικής Φύσης, για μια ανεξάρτητη επανεξέταση. Ο Ενιαίος Φορέας Εξώδικης Επίλυσης Διαφορών Χρηματοοικονομικής Φύσης θα εξετάσει το παράπονο **σας** μόνο όταν έχουμε δώσει την τελική **μας** απάντηση ή μετά την πάροδο οκτώ εβδομάδων από την πρώτη φορά που **μας** ενημερώσατε για το παράπονο **σας**.

Τρόποι επικοινωνίας με τον Ενιαίο Φορέα Εξώδικης Επίλυσης Διαφορών Χρηματοοικονομικής Φύσης

- Μέσω τηλεομοιότυπου (φαξ) στους αριθμούς +357 22 660584 ή +357 22 660118
- Μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στη διεύθυνση: complaints@financialombudsman.gov.cy

Μπορείτε να βρείτε περισσότερες πληροφορίες σε σχέση με τον τρόπο υποβολής παραπόνου στον ΕΝΙΑΙΟ ΦΟΡΕΑ ΕΞΩΔΙΚΗΣ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΦΥΣΗΣ ΤΗΣ ΚΥΠΡΙΑΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ στην ιστοσελίδα www.financialombudsman.gov.cy



Η πληροφόρηση παρέχεται σύμφωνα με τον Κανονισμό 20 των Περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Κανονισμών του 2016, οι οποίοι εκδόθηκαν δυνάμει του Περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμου [N.38(I)2016].

Ασφαλίζεται από την Κόσμος Ασφαλιστική Εταιρεία Δημόσια Λτδ. Η Κόσμος Ασφαλιστική Εταιρεία Δημόσια Λτδ είναι Κυπριακή Δημόσια Εταιρεία Περιορισμένης Ευθύνης, με αρ. εγγραφής HE 16361, έχει το εγγεγραμμένο γραφείο της στη Λευκωσία και εποπτεύεται από την Έφορο Ασφαλίσεων (επικεφαλής ελέγχου των ασφαλιστικών εταιρειών στην Κύπρο) και είναι εξουσιοδοτημένη να διεξάγει ασφαλιστικές εργασίες δυνάμει της άδειας της Έφορου Ασφαλίσεων με Αρ. 71.

Στοιχεία της Ασφαλιστικής Εταιρείας

Όνομα: Κόσμος Ασφαλιστική Εταιρεία Δημόσια Λτδ

Αρ. Εγγραφής: HE 16361

Νομική Υπόσταση: Δημόσια Εταιρεία Περιορισμένης Ευθύνης

Έδρα: Κυπριακή Δημοκρατία

Κεντρικά Γραφεία: Γρίβα Διγενή 46, Λευκωσία 1080 | Τ: +357 22 796000 | Φ: +357 22 022000

info@cosmosinsurance.com.cy | cosmosinsurance.com.cy