

Διεθνής ιατρική ασφάλιση

Εγχειρίδιο συμμετοχής / **ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Προσωπική συμμετοχή – Prestige



Τι χρειάζεται να
γνωρίζετε
Απρίλιος 2010

 **PPP INTERNATIONAL**
redefining / standards

Επικοινωνήστε μαζί μας

Παρόλο που είναι πολύ σημαντικό για εσάς να διαβάσετε και να κατανοήσετε το εγχειρίδιο του συμβολαίου σας, εμείς καταλαβαίνουμε ότι συχνά είναι ευκολότερο να τηλεφωνήσετε σε εμάς για να λαμβάνετε πληροφορίες. Για το λόγο αυτόν, η ομάδα Προσωπικών Συμβούλων της εταιρείας μας βρίσκεται στη διάθεσή σας για κάθε βοήθεια. Εσείς θα πρέπει πάντα να επικοινωνείτε με την ομάδα Προσωπικών Συμβούλων της εταιρείας μας στον αριθμό +44 (0) 1892 503 856 όταν χρειάζεστε θεραπεία, ώστε να σας βοηθήσουμε να κατανοήσετε την έκταση της κάλυψής σας, προτού εσείς προβείτε σε οποιοδήποτε δαπάνες για τη θεραπεία σας.

Οδηγός γρήγορης αναφοράς για σημαντικές πληροφορίες

Προσωπική συμβουλευτική ομάδα

Tel +44 (0) 1892 503 856 Fax +44 (0) 1892 503 189

Η ομάδα μας είναι στη διάθεσή σας: όλο το 24ωρο, 365 ημέρες το χρόνο.

Health at Hand

0800 003 004 στο Η.Β. και τα Νησιά της Μάγχης
+44 (0) 1737 815 197 εκτός Η.Β. και των Νησιών της Μάγχης

Διαθέσιμη: όλο το 24ωρο, 365 ημέρες το χρόνο.

Η υπηρεσία μας για πληροφορίες σε θέματα υγείας. Ανατρέξτε στη σελίδα 38

Κέντρο επιχειρήσεων έκτακτης ανάγκης για διακομιδή ή επαναπατρισμό ασθενών

+44(0) 1892 513 999

Διαθέσιμη: όλο το 24ωρο, 365 ημέρες το χρόνο.

Γραμμή βοήθειας εάν χρειάζεστε ιατρό, οδοντίατρο, οφθαλμίατρο +44 (0) 1892 545 790

Διαθέσιμη: όλο το 24ωρο, 365 ημέρες το χρόνο.

Γραμμή βοήθειας της υπηρεσίας διερμηνείας +44 (0) 1892 599 944

Διαθέσιμη: όλο το 24ωρο, 365 ημέρες το χρόνο.

www.axapphealthcare.com

Για πληροφορίες σχετικά με προσφορές, προϊόντα και ταξιδιωτική ασφάλιση για τα μέλη.
Ηλ. ταχυδρομείο – Εάν εσείς έχετε απορίες σχετικά με τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα ή εάν θέλετε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το στάδιο διεκπεραίωσης ενός παραπόνου, μπορείτε εσείς να έρθετε σε επαφή με την εταιρεία μας μέσω ενός ασφαλούς διακομιστή ηλ. ταχυδρομείου στη διεύθυνση www.axapphealthcare.com/internationalmember

Εάν εσείς θέλετε να λάβετε αυτό το εγχειρίδιο ή οποιοδήποτε άλλο έντυπο της εταιρείας μας τυπωμένο σε μεγέθυνση, σε μέσο ήχου (δίσκος CD ή κασέτα) ή στη γλώσσα Μπράιγ, επικοινωνήστε μαζί μας.

Εισαγωγή

Ενότητα	Αριθμός σελίδας
1 Εισαγωγή	2
2 Η κάλυψή σας	3
3 Πίνακας ωφελημάτων	5
4 Προγραμματισμός θεραπείας και υποβολή αίτησης	11
5 Υφιστάμενες ιατρικές καταστάσεις	17
6 Η κάλυψή σας για ορισμένα είδη θεραπείας	18
7 Επαναλαμβανόμενη, συνεχιζόμενη και μακροχρόνια θεραπεία	24
Η κάλυψή σας για την θεραπεία καρκίνου	26
8 Πού είστε καλυμμένοι για λήψη θεραπείας	30
9 Ποιον πληρώνουμε για τη θεραπεία	33
10 Επείγουσα θεραπεία στο εξωτερικό	35
11 Υπηρεσία Health at Hand	38
12 Πρόσθετα ωφέληματα	40
13 Επιπλέον πληροφορίες	41
Πώς να προσθέσετε μέλη	
Πραγματοποίηση πληρωμής	
Πώς ενδέχεται να αλλάξουν τα ασφάλιστρα	
14 Υποβολή παραπόνων και πληροφορίες περί κανονισμών	43
Διαδικασία υποβολής παραπόνων.	
Πώς προστατεύονται τα προσωπικά σας δεδομένα.	43
Νόμιμα δικαιώματα και υποχρεώσεις	43
15 Γλωσσάρι	43

1 Εισαγωγή

Ποιος είναι ο σκοπός αυτού του εγχειριδίου και πώς χρησιμοποιείται;

Το εγχειρίδιο αυτό παρουσιάζει τους όρους της κάλυψής σας για το Πρόγραμμα Prestige του Διεθνούς Σχεδίου Υγείας.

Αυτό το εγχειρίδιο είναι πολύ σημαντικό έγγραφο, καθώς αναφέρει λεπτομερώς:

- την κάλυψη που **εσείς** έχετε (τόσο τα ωφελήματα όσο και τους περιορισμούς)
- τον τρόπο υποβολής αίτησης
- τον τρόπο διαχείρισης του **συμβολαίου** σας και
- τις υπόλοιπες υπηρεσίες που παρέχονται από το **συμβόλαιό** σας.

Σε όλο το εγχειρίδιο υπάρχουν ορισμένες λέξεις και φράσεις που εμφανίζονται με **έντονους χαρακτήρες**, ώστε να υποδεικνύεται ότι έχουν ιδιαίτερη ιατρική ή νομική σημασία. **Εσείς** μπορείτε να βρείτε ένα γλωσσάρι με αυτές τις λέξεις στη σελίδα 43.

2 Η κάλυψή σας

Θα πρέπει να θυμάστε ότι τα **συμβόλαιά μας** δεν προορίζονται για την κάλυψη όλων των ενδεχομένων.

Ως αντάλλαγμα για την καταβολή των ασφαλίσεων, **εμείς** συμφωνούμε να παρέχουμε την κάλυψη που καθορίζεται από τους όρους του παρόντος **συμβολαίου**. Ανατρέξτε στον ορισμό του **συμβολαίου** στο γλωσσάρι για λεπτομέρειες σχετικά με τα έγγραφα που απαρτίζουν το **συμβόλαιό σας**.

Περίληψη του Διεθνούς Σχεδίου Υγείας

Το συμβόλαιο Διεθνούς Σχεδίου Υγείας Prestige **σας** παρέχει κάλυψη για την απαραίτητη **θεραπεία** νέων ιατρικών καταστάσεων που εκδηλώνονται μετά τη σύναψη του **συμβολαίου σας**. Δεν **σας** καλύπτει για τη **θεραπεία ιατρικών καταστάσεων** που προϋπήρχαν ή των οποίων τα συμπτώματα είχαν εμφανιστεί πριν από τη σύναψη του **συμβολαίου**. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις ενδέχεται να έχετε συνάψει **συμβόλαιο** σε άλλη βάση. Ανατρέξτε στην ενότητα «Υφιστάμενες ιατρικές καταστάσεις» για περαιτέρω πληροφορίες. Επίσης, δεν παρέχεται κάλυψη για καταστάσεις σε εξέλιξη ή επαναλαμβανόμενες και μακροχρόνιες καταστάσεις (γνωστές και ως **χρόνιες καταστάσεις**).

Η κάλυψή σας περιλαμβάνει:

- **νοσοκομειακή περίθαλψη και ημερήσια νοσηλεία** και τις σχετικές χρεώσεις των **ιατρών**
- **χειρουργικές επεμβάσεις χωρίς νοσηλεία**
- χρεώσεις ιατρού για τη νοσηλεία ως **εξωτερικός ασθενής**, επισκέψεις, **διαγνωστικές εξετάσεις**, φυσιοθεραπεία και χρεώσεις **δευτερεύοντα ιατρού**
- φάρμακα και επίδεσμοι **εξωτερικού ασθενούς**
- ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία
- αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία και τομογραφία με εκπομπή ποζιτρονίων
- **θεραπεία** για ψυχιατρική ασθένεια
- οδοντιατρική φροντίδα
- εμβολιασμοί για ταξιδιωτικούς λόγους και εμβολιασμοί για παιδιά
- κάλυψη για φυσιολογική εγκυμοσύνη και τοκετό
- Ταξιδιωτική ασφάλιση

Να θυμάστε:

Το συμβόλαιό σας δεν θα σας καλύπτει για:	Για περισσότερες πληροφορίες:
Για θεραπεία στο Η.Β. , νοσοκομειακή περίθαλψη ή ημερήσια νοσηλεία , αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία ή τομογραφία με εκπομπή ποζιτρονίων ή χειρουργική επέμβαση καταρράκτη σε οποιοδήποτε νοσοκομείο , διαγνωστικό κέντρο ή μονάδα που δεν περιλαμβάνεται στον Διεθνή Κατάλογο Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων .	Σελίδα 30
Απαιτήσεις, εάν εσείς ταξιδέψατε εκτός της ζώνης κάλυψής σας για να λάβετε θεραπεία ή ταξιδέψατε αψηφώντας τις ιατρικές υποδείξεις.	Σελίδα 35
Τις παρακάτω οδοντιατρικές θεραπείες <ul style="list-style-type: none">• έλεγχοι ρουτίνας• καθαρισμός και γυάλισμα• αισθητική θεραπεία• οδοντιατρική θεραπεία απαραίτητη λόγω παραμέλησης.	Σελίδα 20

Αυτοί είναι ορισμένοι μόνο από τους βασικούς περιορισμούς που σχετίζονται με το **συμβόλαιό** σας. Παρακαλείστε να διαβάσετε αυτό το εγχειρίδιο για να μάθετε όλες τις λεπτομέρειες.

Παρακαλούμε σημειώστε:

Θα καταβάλλουμε τις πλήρεις **επιλέξιμες** αποζημιώσεις εάν **ο γιατρός ο υπεύθυνος για τη θεραπεία, ο δευτερεύων γιατρός ή ο κλινικός γιατρός** χρεώνει έως το όριο εντός του δημοσιευθέντος παραρτήματος διαδικασιών και αποζημιώσεων. Ανατρέξτε στη σελίδα 33 για πλήρεις λεπτομέρειες.

3 Πίνακας ωφελημάτων Διεθνούς Σχεδίου Υγείας – Prestige

Αυτός ο πίνακας στις επόμενες σελίδες περιέχει τα ωφελήματα που διατίθενται σε **εσάς**, καθώς και τα χρηματικά όρια του **συμβολαίου** σας. Τα ωφελήματα αυτά εξηγούνται αναλυτικά σε αυτό το εγχειρίδιο. **Εσείς** πρέπει να διαβάσετε τους πίνακες σε συνδυασμό με το υπόλοιπο εγχειρίδιό σας.

Βεβαιωθείτε ότι θα επικοινωνήσετε μαζί **μας** καλώντας το +44 (0) 1892 503 856 πριν από τη **θεραπεία**, ώστε **εμείς** να μπορούμε να επιβεβαιώσουμε το εύρος της κάλυψής σας και τους περιορισμούς που ενδέχεται να ισχύουν.

Διεθνές Σχέδιο Υγείας – Prestige	
Ωφελήματα	Επίπεδο ωφελημάτων
Ζώνες κάλυψης	Ζώνες κάλυψης 1, 2 και 3
Όριο ωφελήματος συμβολαίου . Η εταιρεία μας θα καταβάλλει έως το μέγιστο ποσό που υποδεικνύεται κάθε έτος για καθέναν από εσάς . Αυτό το ποσό δεν ισχύει για το ωφέλημα 17.	1.250.000 στερλίνες
Νοσοκομειακή περίθαλψη και ημερήσια νοσηλεία	
1. Χρεώσεις νοσοκομείου : δηλαδή χρεώσεις για νοσοκομειακή περίθαλψη ή ημερήσια νοσηλεία που πραγματοποιούνται από το νοσοκομείο , συμπεριλαμβανομένων χρεώσεων για ψυχιατρική θεραπεία , διαμονή, διαγνωστικές εξετάσεις , αίθουσα χειρουργείου, φυσικοθεραπεία, νοσηλευτική φροντίδα, φάρμακα και επιδέσμοις και χειρουργικές συσκευές που χρησιμοποιούνται από τον ιατρό κατά τη διάρκεια της εγχείρησης. Τα χρήματα για τις διαγνωστικές εξετάσεις εξωτερικών ασθενών και τη φυσικοθεραπεία καταβάλλονται σύμφωνα με το ωφέλημα 10, ακόμη και αν σχετίζονται με νοσοκομειακή περίθαλψη ή ημερήσια νοσηλεία .	Δεν περιλαμβάνεται ετήσιο ανώτατο όριο εντός του ορίου ωφελημάτων του συμβολαίου σας. Η εταιρεία μας θα καταβάλλει αυτό το ωφέλημα όταν εσείς λαμβάνετε θεραπεία στην κύρια χώρα διαμονής σας ή στη ζώνη κάλυψής σας ή σε οποιοδήποτε νοσοκομείο του Η.Β. ή μονάδα ημερήσιας νοσηλείας που αναφέρεται στην ενότητα για το Η.Β. του Διεθνούς Καταλόγου Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (βλ. επίσης ωφέλημα 3)
Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω, ανατρέξτε:	Σελίδα 30
2. Χρεώσεις χειρουργών, αναισθησιολόγων και ιατρών. Περιλαμβάνονται ιατρικές επισκέψεις πριν και μετά την εγχείρηση ενόσω νοσηλεύεστε ή λαμβάνετε ημερήσια νοσηλεία , συμπεριλαμβανομένης της μονάδας εντατικής θεραπείας. Τα χρήματα για τις σχετικές επισκέψεις εξωτερικών ασθενών καταβάλλονται	Δεν περιλαμβάνεται ετήσιο ανώτατο όριο εντός του ορίου ωφελημάτων του συμβολαίου σας. Η εταιρεία μας θα καταβάλλει αυτό το ωφέλημα όταν εσείς λαμβάνετε θεραπεία στην κύρια χώρα διαμονής σας ή στη ζώνη κάλυψής σας ή σε οποιοδήποτε νοσοκομείο του Η.Β. ή μονάδα ημερήσιας νοσηλείας που

Διεθνές Σχέδιο Υγείας – Prestige	
Ωφελήματα	Επίπεδο ωφελημάτων
<p>σύμφωνα με το ωφέλημα 8. Σημείωση: Ο όρος «επίσκεψη» σημαίνει την επίσκεψη ενός δεύτερου ιατρού, η οποία κανονίστηκε από τον ιατρό που σας παρακολουθεί.</p>	<p>αναφέρεται στην ενότητα για το Η.Β. του Διεθνούς Καταλόγου Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (βλ. επίσης ωφέλημα 3)</p>
<p>Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω, ανατρέξτε:</p>	<p>Σελίδα 33</p>
<p>3. Εκτός ζώνης κάλυψης. Χρησιμοποιείται για την κάλυψη επείγουσας θεραπείας ή θεραπείας ιατρικής κατάστασης που προκύπτει ξαφνικά ενώ βρίσκεστε εκτός της ζώνης κάλυψής σας.</p>	<p>Έως 10 εβδομάδες θεραπεία κάθε έτος εντός του ορίου ωφελημάτων του συμβολαίου σας. Επιπλέον, τα ωφελήματα περιορίζονται σε 20.000 στερλίνες συνολικά για τις Η.Π.Α. ή τον Καναδά.</p>
<p>Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω, ανατρέξτε:</p>	<p>Σελίδα 35</p>
<p>4. Ωφέλημα σε μετρητά εκτός καταλόγου. Το ωφέλημα αυτό είναι πληρωτέο, εάν εσείς λάβετε νοσοκομειακή περίθαλψη ή ημερήσια νοσηλεία σε νοσοκομείο ή μονάδα ημερήσιας νοσηλείας στο Η.Β. που δεν αναφέρεται στην ενότητα για το Η.Β. του Διεθνούς Καταλόγου Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων.</p>	<p>100 στερλίνες κάθε ημέρα για ημερήσια νοσηλεία 100 στερλίνες για κάθε διανυκτέρευση για νοσοκομειακή περίθαλψη</p>
<p>Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω, ανατρέξτε:</p>	<p>Σελίδα 30</p>
<p>5. Ωφέλημα σε μετρητά. Αυτό το ωφέλημα καταβάλλεται για κάθε βράδυ που εσείς λαμβάνετε δωρεάν νοσοκομειακή περίθαλψη και μόνον εάν:</p> <p>(i) εσείς εισαχθείτε για νοσοκομειακή περίθαλψη πριν από τα μεσάνυχτα</p> <p>(ii) η θεραπεία που εσείς λαμβάνετε δωρεάν θαπληρούσε τις προϋποθέσεις για κατάβολή ωφελήματος στο πλαίσιο αυτού του συμβολαίου.</p>	<p>100 στερλίνες το βράδυ</p>
<p>6. Διαμονή γονέα – αυτό το ωφέλημα καλύπτει τα έξοδα για τη διαμονή ενός γονέα στο νοσοκομείο με ένα παιδί κάτω των 18 ετών, ενώ το παιδί λαμβάνει ιδιωτική θεραπεία που θα πληροί τις προϋποθέσεις. Το παιδί θα πρέπει να καλύπτεται από το συμβόλαιο και το ωφέλημα καταβάλλεται από τα ωφελήματα του παιδιού.</p>	<p>Καταβάλλεται πλήρως εφόσον η θεραπεία πραγματοποιείται εντός της κύριας χώρας διαμονής σας ή εντός της ζώνης κάλυψής σας ή σε οποιοδήποτε νοσοκομείο του Η.Β. που αναφέρεται στην ενότητα για το Η.Β. του Διεθνούς Καταλόγου Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (βλ. επίσης ωφέλημα 3)</p>

Διεθνές Σχέδιο Υγείας – Prestige	
Ωφελήματα	Επίπεδο ωφελημάτων
Θεραπεία ως εξωτερικός ασθενής	
<p>7. Χειρουργικές επεμβάσεις. Η εταιρεία μας καταβάλλει τις χρεώσεις των χειρουργών και των αναισθησιολόγων και τις απαραίτητες χρεώσεις νοσοκομείου. Εμείς θα καταβάλλουμε τις επισκέψεις ιατρού πριν και μετά την εγχείρηση σύμφωνα με το ωφέλημα 8.</p>	<p>Δεν περιλαμβάνεται ετήσιο ανώτατο όριο εντός του ορίου ωφελημάτων του συμβολαίου σας.</p>
<p>Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω, ανατρέξτε:</p>	<p>Σελίδες 30-34</p>
<p>Αυτά τα πέντε ωφελήματα (8, 9, 10, 11 και 12) έχουν συνδυασμένο συνολικό όριο 5.000 στερλίνες κάθε έτος.</p>	
<p>8. Χρεώσεις ιατρού για επισκέψεις – η εταιρεία μας θα καταβάλλει χρήματα σύμφωνα με αυτό το ωφέλημα για όλες τις επισκέψεις, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που σχετίζονται με νοσοκομειακή περίθαλψη ή ημερήσια νοσηλεία.</p>	
<p>Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω, ανατρέξτε:</p>	<p>Σελίδα 33</p>
<p>9. Επισκέψεις και θεραπεία για ψυχιατρική ασθένεια.</p>	
<p>Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω, ανατρέξτε:</p>	<p>Σελίδα 24</p>
<p>10. Διαγνωστικές εξετάσεις και φυσικοθεραπεία (συμπεριλαμβανομένων των διαγνωστικών εξετάσεων ή της φυσικοθεραπείας που σχετίζεται με νοσοκομειακή περίθαλψη ή ημερήσια νοσηλεία).</p>	
<p>Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω, ανατρέξτε:</p>	<p>Σελίδα 18</p>
<p>11. Εμβολιασμοί που πραγματοποιούνται από ιατρό.</p>	
<p>12. Χρεώσεις δευτερεύοντος ιατρού.</p>	<p>Το ωφέλημα 12 περιορίζεται σε 300 στερλίνες κάθε έτος.</p>
<p>Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω, ανατρέξτε:</p>	<p>Σελίδα 33</p>
<p>13. Ακτινοθεραπεία (χρήση ακτινοβολίας για τη θεραπεία καρκίνου) και χημειοθεραπεία (χρήση φαρμάκων για θεραπεία καρκίνου).</p>	<p>Δεν περιλαμβάνεται ετήσιο ανώτατο όριο εντός του ορίου ωφελημάτων του συμβολαίου σας.</p>
<p>Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω, ανατρέξτε:</p>	<p>Σελίδα 26</p>

Διεθνές Σχέδιο Υγείας – Comprehensive

Ωφέληματα	Επίπεδο ωφελημάτων
<p>14. (i) Αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία και τομογραφία με εκπομπή ποζιτρονίων</p> <p>(ii) Ωφέλημα σε μετρητά εκτός καταλόγου. Το ωφέλημα αυτό είναι πληρωτέο για χρήση εγκατάστασης για αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία και τομογραφία με εκπομπή ποζιτρονίων στο Η.Β. η οποία δεν αναφέρεται ως διαγνωστικό κέντρο στην ενότητα για το Η.Β. του Διεθνούς Καταλόγου Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων.</p>	<p>Καταβάλλεται πλήρως όταν εσείς λαμβάνετε θεραπεία στην κύρια χώρα διαμονής σας ή στη ζώνη κάλυψής σας ή σε διαγνωστικό κέντρο που αναφέρεται στην ενότητα για το Η.Β. του Διεθνούς Καταλόγου Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων.</p> <p>100 στερλίνες ανά επίσκεψη.</p>
<p>Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω, ανατρέξτε:</p>	<p>Σελίδα 29</p>
<p>15. Φάρμακα και επίδεσμοι για εξωτερικούς ασθενείς. Αυτό καλύπτει τις χρεώσεις για φάρμακα και επιδέσμους για εξωτερικούς ασθενείς που συνταγογράφησε για εσάς κάποιος ιατρός. Το ωφέλημα αυτό δεν ισχύει για φάρμακα και επιδέσμους για εξωτερικούς ασθενείς που συνταγογράφησε για εσάς οικογενειακός ιατρός στο Η.Β.</p>	<p>Έως 500 στερλίνες κάθε έτος.</p>
<p>Άλλα ωφέληματα</p>	
<p>16. Μεταφορά με ασθενοφόρο . Το ωφέλημα αυτό καλύπτει τα έξοδα για οδική μεταφορά με ασθενοφόρο σε περιπτώσεις επείγουσας ανάγκης προς ή μεταξύ νοσοκομείων ή όταν ο ιατρός θεωρήσει ότι είναι ιατρικώς απαραίτητο.</p>	<p>Έως 500 στερλίνες κάθε έτος.</p>
<p>17. Υπηρεσία διακομιδής ή επαναπατρισμού.</p>	<p>Καταβάλλεται πλήρως.</p>
<p>Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω, ανατρέξτε:</p>	<p>Σελίδα 35</p>
<p>18. Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα. Αυτό το ωφέλημα καλύπτει θεραπεία που παρέχεται στο σπίτι ή σε άλλο κλινικώς κατάλληλο χώρο για την ενδοφλέβια χορήγηση</p>	<p>Καταβάλλεται πλήρως για μέχρι 28 ημέρες το έτος, ενόσω βρίσκεστε στην κύρια χώρα διαμονής σας ή εντός της ζώνης κάλυψής σας. Καταβάλλεται πλήρως στο Ηνωμένο Βασίλειο όταν η</p>

Διεθνές Σχέδιο Υγείας – Comprehensive

Ωφέληματα	Επίπεδο ωφελημάτων
<p>χημειοθεραπείας για τη θεραπεία καρκίνου ή για την ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών, που διαφορετικά θα απαιτούσε την εισαγωγή σας για νοσοκομειακή περίθαλψη ή ημερήσια νοσηλεία.</p> <p>19. Ωφέλημα σε μετρητά για ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία στο πλαίσιο ημερήσιας νοσηλείας ή θεραπείας ως εξωτερικός ασθενής. Αυτό το ωφέλημα καταβάλλεται για ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία στο πλαίσιο ημερήσιας νοσηλείας ή θεραπείας ως εξωτερικός ασθενής στην οποία εσείς υποβάλλεστε δωρεάν για τη θεραπεία καρκίνου και μόνον εφόσον η θεραπεία στην οποία εσείς υποβάλλεστε θα πληρούσε τις προϋποθέσεις για το ωφέλημα ιδιωτικά, στο πλαίσιο αυτού του συμβολαίου.</p>	<p>Θεραπεία:</p> <ul style="list-style-type: none"> • καταρτισμένο νοσηλευτή, ο οποίος τελεί υπό την επίβλεψη ιατρού, και • παρέχεται μέσω παροχέα υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης, με τον οποίο η εταιρεία μας έχει συνάψει συμφωνία για την παροχή των εν λόγω υπηρεσιών, και • έχει εγκριθεί από μας πριν από την έναρξη εφαρμογής της θεραπείας.παρέχεται από κατάλληλα 50 στερλίνες την ημέρα, έως 2.000 στερλίνες το έτος.
<p>Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω, ανατρέξτε:</p>	<p>Σελίδα 26</p>
<p>20. Έλεγχος υγείας για άνδρες. Το ωφέλημα αυτό διατίθεται ως εισφορά την κάλυψη των εξόδων εξέτασης της φυσικής κατάστασης ή ελέγχου ρουτίνας για ενήλικες. Για παράδειγμα, ο έλεγχος υγείας μπορεί να περιλαμβάνει εκτίμηση του δείκτη σωματικού βάρους, πίεση αίματος σε καρδιακή χάλαση, ανάλυση ούρων, τεστ χοληστερίνης και τεστ PSA για τον εντοπισμό καρκίνου του προστάτη.</p>	<p>Έως 300 στερλίνες κάθε έτος για κάθε έλεγχο.</p>
<p>Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω, ανατρέξτε:</p>	<p>Σελίδα 40</p>
<p>21. Έλεγχος υγείας για γυναίκες. Το ωφέλημα αυτό διατίθεται ως εισφορά για την κάλυψη των εξόδων εξέτασης της φυσικής κατάστασης ή ελέγχου ρουτίνας για ενήλικες. Για παράδειγμα, ο έλεγχος υγείας μπορεί να περιλαμβάνει εξέταση μαστού και καθοδήγηση για αυτοεξέταση, εξέταση πυέλου, επίχρισμα από τον τράχηλο, εκτίμηση του δείκτη σωματικού βάρους, πίεση αίματος σε καρδιακή</p>	<p>Έως 300 στερλίνες κάθε έτος για κάθε έλεγχο.</p>

Διεθνές Σχέδιο Υγείας – Comprehensive	
Ωφέληματα	Επίπεδο ωφελημάτων
χάλαση, ανάλυση ούρων, τεστ αιμοσφαιρίνης και χοληστερίνης. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω, ανατρέξτε:	Σελίδα 40
22. Κάλυψη για τεστ όρασης. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω, ανατρέξτε:	Καταβάλλεται πλήρως ένα τεστ όρασης για κάθε έτος . Σελίδα 40
23. Οφθαλμιατρική κάλυψη. Αυτό το ωφέλημα είναι μια συνεισφορά για την κάλυψη των εξόδων για τα συνταγογραφημένα γυαλιά και τους φακούς επαφής που απαιτούνται για τη διόρθωση της όρασης. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω, ανατρέξτε:	Έως 100 στερλίνες κάθε έτος για κάθε έλεγχο. Σελίδα 40
24. Οδοντιατρική φροντίδα. Η εταιρεία μας θα καταβάλλει το 50% των εξόδων που προέκυψαν. Το μέγιστο ποσό που εμείς πληρώνουμε σε ένα έτος είναι όπως εμφανίζεται. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω, ανατρέξτε:	Ζώνη 1 – 600 στερλίνες Ζώνη 2 – 500 στερλίνες Ζώνη 3 – 400 στερλίνες Σελίδα 20
25. Βλάβη στα δόντια από ατύχημα. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω, ανατρέξτε:	Καταβάλλεται πλήρως έως το ποσό των 10.000 στερλινών για κάθε έτος . Σελίδα 20
26. Ταξιδιωτική ασφάλιση. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω, ανατρέξτε στη σελίδα 35 και στο ξεχωριστό φυλλάδιο συμβολαίου:	Περιλαμβάνεται
27. Κάλυψη για αποζημίωση για αναπηρία. Για περισσότερες πληροφορίες ανατρέξτε στο ξεχωριστό φυλλάδιο συμβολαίου.	Περιλαμβάνεται – έως 50.000 στερλίνες
28. Φυσιολογική εγκυμοσύνη και τοκετός. Επισκέψεις εσωτερικού ή εξωτερικού ασθενούς πριν και μετά τον τοκετό και τοκετός. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω, ανατρέξτε:	Καταβάλλεται πλήρως έως το ποσό των 10.000 στερλινών κάθε έτος . Το ωφέλημα δεν καταβάλλεται για έξοδα που προκύπτουν εντός 10 μηνών από τη σύναψη του συμβολαίου σας . Σελίδα 22
29. Πρόσθετα έξοδα που χρεώνονται για τη θεραπεία ιατρικών καταστάσεων όταν προκύπτουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή τον τοκετό. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω, ανατρέξτε:	Μπορεί να απαιτηθούν ωφέληματα σύμφωνα με τις περιπτώσεις 1-18. Σελίδα 22

4 Προγραμματισμός θεραπείας και υποβολή απαίτησης

Για να διασφαλίσετε την ομαλή διεκπεραίωση της απαίτησής σας, ακολουθήστε τα εξής απλά βήματα:

Εάν έχετε πληρώσει το λογαριασμό

Εάν **εσείς** έχετε ήδη πληρώσει το λογαριασμό και πρέπει να απαιτήσετε την επιστροφή της δαπάνης, ισχύει η παρακάτω διαδικασία.

1° ΒΗΜΑ	Ζητήστε ένα έντυπο απαίτησης* από την AXA PPP healthcare επικοινωνώντας τηλεφωνικώς με την εταιρεία μας στον αριθμό +44 (0) 01892 503 856. Επίσης, μπορείτε να συμπληρώσετε το ηλεκτρονικό έντυπο, εάν επισκεφθείτε τη διαδικτυακή τοποθεσία μας στη διεύθυνση www.axapphealthcare.com .
2° ΒΗΜΑ	Συμπληρώστε το έντυπο απαίτησης* και ζητήστε από τον ιατρό σας να συμπληρώσει τη σχετική ενότητα. Οι απαιτήσεις πρέπει να υποβάλλονται το συντομότερο δυνατόν και η εταιρεία μας πρέπει να τις λάβει εντός έξι μηνών (εκτός κι αν αυτό δεν ήταν εύλογα εφικτό). Βεβαιωθείτε ότι έχετε συμπεριλάβει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για να αποφύγετε τις καθυστερήσεις, και εσωκλείστε τα πρωτότυπα των λογαριασμών. Σας συνιστούμε να διατηρείτε αντίγραφο για το αρχείο σας.
3° ΒΗΜΑ	Στείλτε το συμπληρωμένο έντυπο απαίτησης* και τους λογαριασμούς στη διεύθυνση: International Customer Service, AXA PPP healthcare, Phillips House, Crescent Road, Tunbridge Wells, Kent, TN1 2PL, UK.
4° ΒΗΜΑ	Η απαίτησή σας θα αξιολογηθεί από κάποιον από τους Προσωπικούς Συμβούλους μας και θα καταβληθούν όλες οι πληρωμές που πληρούν τις προϋποθέσεις .
5° ΒΗΜΑ	Η AXA PPP healthcare θα σας στείλει μια δήλωση ωφελημάτων απαίτησης επιβεβαιώνοντας το ποσό του ωφελήματος που καταβλήθηκε για κάθε απαίτηση.

**Σε πολλές περιπτώσεις ενδέχεται να μην απαιτείται έντυπο απαίτησης.*

Πότε μπορείτε να διακανονίσετε το λογαριασμό απευθείας με το νοσοκομείο

Η διαδικασία που πρέπει να ακολουθήσετε για τον απευθείας διακανονισμό. Εάν **εσείς** λάβετε παραπεμπτικό για **νοσοκομειακή περίθαλψη**, **εμείς** μπορούμε να διευθετήσουμε απευθείας διακανονισμό του λογαριασμού με το **νοσοκομείο**, εάν συμπεριλαμβάνεται στο **Διεθνή Κατάλογο Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων**.

1° ΒΗΜΑ	Δύο εβδομάδες πριν από την εισαγωγή (όποτε είναι δυνατόν) θα πρέπει να επικοινωνήσετε με την ομάδα Προσωπικών Συμβούλων της εταιρείας μας στον αριθμό +44 (0) 1892 503 856 ή να μας στείλετε φαξ στο +44 (0) 1892 503 189. Δώστε μας την επωνυμία, τον αριθμό τηλεφώνου, τον αριθμό φαξ, το όνομα του υπευθύνου επικοινωνίας του νοσοκομείου και το όνομα του ιατρού .
2° ΒΗΜΑ	Είτε θα συμπληρώσετε και θα μας στείλετε το έντυπο απαίτησης* με φαξ είτε θα πάρετε μαζί σας το έντυπο απαίτησης* και θα ζητήσετε από τους υπευθύνους του νοσοκομείου να το συμπληρώσουν και να μας το στείλουν με φαξ.
3° ΒΗΜΑ	Η κάλυψη θα επιβεβαιωθεί σε 10 ημέρες το πολύ, και μετά εμείς θα ζητήσουμε περαιτέρω ιατρικές λεπτομέρειες.
4° ΒΗΜΑ	Κατά την εισαγωγή θα πρέπει να δείξετε την κάρτα συμμετοχής και να ζητήσετε από το νοσοκομείο να διευθετήσει απευθείας διακανονισμό με την AXA PPP healthcare.
5° ΒΗΜΑ	Κατά την αναχώρηση από το νοσοκομείο , ζητήστε από τους υπευθύνους να στείλουν το πρωτότυπο έντυπο απαίτησης* και το λογαριασμό στην AXA PPP healthcare. Η πληρωμή θα καταβληθεί απευθείας στο νοσοκομείο εντός 14 ημερών από την παραλαβή των εγγράφων.
6° ΒΗΜΑ	Εάν χρειάζεστε συνεχιζόμενη θεραπεία ως εξωτερικός ασθενής – Σε ορισμένες περιπτώσεις, εμείς έχουμε τη δυνατότητα να συνεχίσουμε τον απευθείας διακανονισμό των λογαριασμών, π.χ. δεν απαιτείται επιπλέον έντυπο απαίτησης για συνεδρίες ακτινοθεραπείας. Εάν χρειάζεστε επαναλαμβανόμενη νοσοκομειακή περίθαλψη/ημερήσια νοσηλεία – Για κάθε παραμονή στο νοσοκομείο απαιτείται νέο έντυπο απαίτησης*, ακόμη και αν πρόκειται για την ίδια κατάσταση.

**Σε πολλές περιπτώσεις ενδέχεται να μην απαιτείται έντυπο απαίτησης.*

Εάν **χρειαστείτε** παραπεμπτικό για **ιατρό** ή για **νοσοκομείο** των Η.Π.Α., θα πρέπει να **καλέσετε** το 1 800 308 2611 και να ακολουθήσετε τις οδηγίες. Ένας σύμβουλος θα επιβεβαιώσει το δικαίωμά σας λήψης ωφελήματος για την προτεινόμενη **θεραπεία** και θα **σας** δώσει λεπτομέρειες για τον τρόπο υποβολής απαίτησης.

Εάν χρειαστεί να μιλήσετε με την ομάδα Προσωπικών Συμβούλων της **εταιρείας μας** για βοήθεια σχετικά με οποιοδήποτε άλλο θέμα που αφορά τη συμμετοχή σας, ακολουθήστε τις οδηγίες.

Όλοι οι λογαριασμοί, καθώς και το συμπληρωμένο έντυπο απαίτησης, πρέπει να αποσταλούν στη διεύθυνση

AXA Assistance, PO Box 260338, Miami, Florida, 33126, USA.

Εάν εσείς χρειαστείτε **θεραπεία** στις παρακάτω χώρες, οι συνεργάτες **μας** θα σας βοηθήσουν να εντοπίσετε τους παροχείς ιατρικών υπηρεσιών στην περιοχή και να διευθετήσετε το λογαριασμό απευθείας με αυτούς. Ο ειδικός αριθμός τηλεφώνου είναι:

Βόρεια Αμερική/Καναδάς	Χωρίς χρέωση 1 800 308 2611
Καραϊβική	} Χωρίς χρέωση 1 888 467 0669, με χρέωση του καλούμενου 1 312 935 3675
Κεντρική Αμερική	
Νότια Αμερική	
Κίνα/Χονγκ-Κονγκ	+852 28619287
Ιταλία	800 914 816, +39 0642115610 (εκτός Ιταλίας)
Ελλάδα	800 1177742, +30 2109460204 (εκτός Ελλάδας)
Σιγκαπούρη	+65 63222503
Νότια Αφρική	0861 MED CLAIM [Ιατρικές απαιτήσεις] (633 25246) Όλο το 24ωρο +27 84 MEDICAL [Ιατρικά θέματα] (6334225)

Για **νοσοκομειακή περίθαλψη, ημερήσια νοσηλεία** ή για σημαντική **νοσηλεία εξωτερικού ασθενούς**, **εμείς σας** συνιστούμε να επικοινωνήσετε μαζί **μας** πριν λάβετε τη **θεραπεία**. Εάν **εσείς** δεν μπορείτε να επικοινωνήσετε πριν από την εισαγωγή, πιθανόν **η εταιρεία μας** να μην μπορέσει να εγγυηθεί τον απευθείας διακανονισμό και, επομένως, πιθανόν να χρειαστεί **εσείς** να καταβάλετε κάποιο ποσό στο νοσοκομείο ή να εξοφλήσετε πλήρως το λογαριασμό πριν από την αναχώρησή σας από το **νοσοκομείο**.

Τι θα συμβεί εάν χρειαστώ επείγουσα θεραπεία;

Εάν η **θεραπεία** χορηγηθεί λόγω έκτακτης ανάγκης, **εσείς** δεν θα μπορέσετε να επικοινωνήσετε τηλεφωνικώς μαζί **μας** εκ των προτέρων. Ωστόσο, ζητήστε από κάποιον να **μας** τηλεφωνήσει το συντομότερο δυνατόν και, όταν εσείς εισαχθείτε στο **νοσοκομείο**, φροντίστε να λάβουν οι υπεύθυνοι την κάρτα συμμετοχής σας, έτσι ώστε να επικοινωνήσουν αμέσως μαζί **μας**.

Πώς θα διευθετηθούν οι λογαριασμοί μου για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη;

Νοσοκομειακή περίθαλψη εκτός Ηνωμένου Βασιλείου

Ο **Διεθνής Κατάλογος Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων** περιλαμβάνει τα **νοσοκομεία** σε όλα τα μέρη του κόσμου με τα οποία η AXA PPP healthcare έχει συνάψει Συμφωνία Απευθείας Διακανονισμού.

Αυτό σημαίνει ότι, εάν απαιτείται **νοσοκομειακή περίθαλψη** και τη λάβετε σε κάποιο από τα αναφερόμενα **νοσοκομεία**, τότε **εμείς** μπορούμε να διευθετήσουμε απευθείας διακανονισμό των λογαριασμών που **πληρούν τις προϋποθέσεις** με το **νοσοκομείο** εκ μέρους σας, σύμφωνα με τους όρους του **συμβολαίου** σας και εφόσον έχουμε εγκρίνει τη **θεραπεία** εκ των προτέρων. Με τον τρόπο αυτό **εσείς** δεν θα χρειαστεί να πληρώσετε προκαταβολή κατά την εισαγωγή σας.

Εάν το **νοσοκομείο** στο οποίο **εσείς** πρόκειται να εισαχθείτε δεν περιλαμβάνεται στο **Διεθνή Κατάλογο Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων**, **εμείς** ενδέχεται να έχουμε και πάλι τη δυνατότητα να διευθετήσουμε απευθείας τις δαπάνες **σας**. Η AXA PPP healthcare διαθέτει Γραφείο

Απευθείας Διακανονισμού, το οποίο ασχολείται αποκλειστικά με την εξυπηρέτησή **σας** σχετικά με τις διαδικασίες άμεσου διακανονισμού.

Γραφείο Απευθείας Διακανονισμού

Τηλ.: +44 (0) 1892 503 915

Φαξ: +44 (0) 1892 503 189

Στην περίπτωση για λογαριασμών **θεραπείας εξωτερικού ασθενούς**, τα περισσότερα **νοσοκομεία** θα ζητήσουν από **εσάς** να πληρώσετε κατά την προσέλευση και θα **σας** δώσουν απόδειξη, την οποία θα αποστείλετε στην **εταιρεία μας** για να **σας** επιστραφούν τα χρήματά σας.

Οι απαιτήσεις για αποζημιώσεις θα καταβληθούν μέσω κάποιας τοπικής τράπεζας στο νόμισμα της απαίτησης και θα χρησιμοποιηθούν οι συναλλαγματικές ισοτιμίες που αναφέρονται στον Οδηγό για τα Παγκόσμια Νομίσματα της εφημερίδας Financial Times, οι οποίες θα ισχύουν κατά την αξιολόγηση της απαίτησης από την **εταιρεία μας**, εφόσον το νόμισμα συγκαταλέγεται στα παρακάτω:

Αυστραλία (Δολάριο), Δανία (Κορώνα)*, Ελβετία (Φράγκο), Ευρώπη (Ευρώ), Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα (Ντιράμ), Ηνωμένο Βασίλειο (Λίρα)*, Η.Π.Α. (Δολάριο), Ιαπωνία (Γεν), Ινδία (Ρουπία), Καναδάς (Δολάριο), Μαρόκο (Ντιρχάμ), Μπαχρέιν (Δηνάριο), Μπρουνέι (Δολάριο), Νέα Ζηλανδία (Δολάριο), Νορβηγία (Κορώνα), Νότια Αφρική (Ραντ), Ομάν (Ριάλ), Σιγκαπούρη (Δολάριο), Σουηδία (Κορώνα), Ταϊλάνδη (Μπατ), Τυνησία (Δηνάριο), Χονγκ-Κονγκ (Δολάριο).

* Κατά την περίοδο της εκτύπωσης, οι χώρες αυτές δεν πραγματοποιούσαν χρηματοοικονομικές συναλλαγές σε ευρώ, μολονότι η κατάσταση αυτή ενδέχεται να αλλάξει. Εάν **εσείς** έχετε οποιοσδήποτε απορίες σχετικά με την καταβολή των απαιτήσεων σε ευρώ, επικοινωνήστε μαζί **μας**.

Νοσοκομειακή περίθαλψη και ημερήσια νοσηλεία στο Ηνωμένο Βασίλειο

Η AXA PPP healthcare παρέχει υπηρεσία απευθείας διακανονισμού για τους **κατόχους συμβολαίων της εταιρείας μας** από το εξωτερικό που λαμβάνουν **θεραπεία** στο **Η.Β.** Εάν **εσείς** χρειαστείτε **θεραπεία**, θα πρέπει να διεξαχθεί σε **νοσοκομείο** που περιλαμβάνεται στην ενότητα για το **Η.Β.** του **Διεθνούς Καταλόγου Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων**. Το **νοσοκομείο** θα στείλει τους λογαριασμούς για τη **νοσοκομειακή περίθαλψη** και την **ημερήσια νοσηλεία** κατευθείαν σε **εμάς**, μόλις **εσείς** καταθέσετε το συμπληρωμένο έντυπο απαίτησης ή την επιστολή **μας** για την επιβεβαίωση της κάλυψης.

Ποια στοιχεία πρέπει να καταθέτω όταν υποβάλλω απαίτηση;

4.1 Προτού **εμείς** εξετάσουμε την απαίτησή σας, **εσείς** θα πρέπει να διασφαλίσετε ότι:

- **εσείς** θα λάβετε και συμπληρώσετε οποιοδήποτε έντυπο απαιτείται από **μας** για να **μας** παρέχετε τις απαραίτητες πληροφορίες και τις απαραίτητες νομικές άδειες για να χειριστούμε τις ιατρικές σας πληροφορίες και να αξιολογήσουμε την απαίτησή σας. Αυτό θα το χρειαστούμε το συντομότερο δυνατόν και όχι αργότερα από έξι μήνες μετά την ημερομηνία έναρξης της **θεραπείας**, (εκτός κι αν αυτό δεν ήταν εύλογα εφικτό), και,
- **εμείς** θα λάβουμε τα πρωτότυπα τιμολόγια για τα έξοδα της **θεραπείας**, και
- **εσείς** θα **μας** δώσετε εγκαίρως όσες πληροφορίες ζητούμε.

Χρειάζεται να καταθέσω περαιτέρω στοιχεία;

4.2 Ενδέχεται να μην είναι πάντα δυνατόν να αξιολογήσουμε την καταλληλότητα της απαίτησής σας μόνον από το έντυπο απαίτησης (ή από το έντυπο δήλωσης και συγκατάθεσης του ασθενούς). Σε αυτές τις περιπτώσεις **εμείς** ενδέχεται να ζητήσουμε επιπλέον πληροφορίες και έχετε την ευθύνη να παρέχετε οποιαδήποτε

εύλογα πρόσθετα στοιχεία που θα **μας** επιτρέψουν να αξιολογήσουμε την απαίτησή σας.

Να θυμάστε:

Προκειμένου να προσδιορίσουμε την καταλληλότητα της απαίτησής σας, **η εταιρεία μας** μπορεί να ζητήσει να έχει πρόσβαση στα ιατρικά σας αρχεία, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών παραπεμπτικών. Εάν **εσείς** αδικαιολόγητα αρνηθείτε να **μας** παρέχετε πρόσβαση, **η εταιρεία μας** θα απορρίψει την απαίτησή σας και θα ζητήσει αποζημίωση για τυχόν χρηματικά ποσά που έχει καταβάλει στο παρελθόν σε σχέση με η συγκεκριμένη **ιατρική κατάσταση**.

- 4.3 Ενδέχεται να υπάρξουν περιπτώσεις όπου δεν είμαστε βέβαιοι σχετικά με την επιλεξιμότητα μιας απαίτησης. Σ' αυτήν την περίπτωση, **εμείς** μπορούμε με δικά **μας** έξοδα να ζητήσουμε από κάποιον **ιατρό**, που θα επιλέξουμε **εμείς**, να **μας** ενημερώσει για τα ιατρικά γεγονότα που σχετίζονται με την απαίτηση ή να **σας** εξετάσει σε σχέση με την απαίτηση. Κατά την επιλογή σχετικού **γιατρού εμείς** θα λάβουμε υπόψη τις προσωπικές σας περιστάσεις. **Εσείς** πρέπει να συνεργαστείτε με οποιονδήποτε **γιατρό** της επιλογής **μας** διαφορετικά **η εταιρεία μας** δεν θα καταβάλει τα χρήματα για την απαίτησή σας.

Τι θα πρέπει να κάνω εάν έχω κάλυψη από άλλο συμβόλαιο;

- 4.4 **Εσείς** πρέπει να **μας** ενημερώσετε εάν **εσείς** μπορείτε να απαιτήσετε οποιοδήποτε μέρος των δαπανών μέσω άλλου ασφαλιστικού **συμβολαίου**. Εάν υπάρχει άλλο ασφαλιστικό συμβόλαιο, **εμείς** θα καταβάλουμε μόνο το μερίδιο που **μας** αναλογεί.

Τι θα πρέπει να κάνω εάν τα ωφελήματα που απαιτώ αφορούν τραυματισμό ή ιατρική κατάσταση που προκλήθηκε από άλλον;

- 4.5 **Εσείς** πρέπει να **μας** ενημερώσετε στο έντυπο απαίτησης (εάν ισχύει) ή στο έντυπο δήλωσης και συγκατάθεσης του ασθενούς εάν **εσείς** μπορείτε να απαιτήσετε οποιοδήποτε μέρος των δαπανών από τρίτο. Εάν τα ωφελήματα απαιτούνται για **θεραπεία** που **εσείς** λάβατε λόγω τραυματισμού ή **ιατρικής κατάστασης** που προκλήθηκε από άλλο πρόσωπο («τρίτος»), **εμείς** θα καταβάλουμε αποζημίωση για τα ωφελήματα που **εσείς** μπορείτε να απαιτήσετε σύμφωνα με το **συμβόλαιο**. Εάν τα ωφελήματα αυτά καλύπτονται από κάποιο άλλο ασφαλιστικό **συμβόλαιο**, θα καταβάλουμε αποκλειστικά το μέρος των ωφελημάτων που **μας** αναλογεί. Ωστόσο, όταν καταβάλλουμε τα εν λόγω ωφελήματα, **η εταιρεία μας** αποκτά το δικαίωμα, τόσο μέσω των όρων του **συμβολαίου** όσο και από το νόμο, να αποζημιωθεί με το ποσό των ωφελημάτων από το τρίτο μέρος. Σε αυτή την περίπτωση, ισχύουν τα παρακάτω:

- **εσείς** πρέπει να **μας** ενημερώσετε το συντομότερο δυνατόν εάν **πιστεύετε** ότι ο τραυματισμός ή η **ιατρική κατάσταση** προκλήθηκε από υπαιτιότητα τρίτου ή εάν **πιστεύετε** ότι ήταν εν αδίκω. Στη συνέχεια, σε περίπτωση που **εμείς** χρειαστούμε περισσότερες πληροφορίες, θα ενημερώσουμε γραπτώς **εσάς** ή το τρίτο μέρος, και
- **εσείς** θα πρέπει να συμπεριλάβετε όλα τα χρηματικά ποσά που καταβλήθηκαν από **εμάς** σε σχέση με τον τραυματισμό (συν τον ανάλογο τόκο) στην απαίτησή σας κατά του τρίτου προσώπου (τα «δικά **μας** έξοδα»),
- **εσείς** (ή οι δικηγόροι σας) θα πρέπει να **μας** ενημερώνετε πλήρως για την πρόοδο της απαίτησής σας και για οποιαδήποτε ενέργειες κατά του τρίτου μέρους ή οποιαδήποτε θέματα πριν την λήψη μέτρων, και
- **εσείς** (ή οι δικηγόροι σας) θα πρέπει να **μας** ενημερώνετε πλήρως για την

έκβαση οποιασδήποτε ενέργειας ή διακανονισμού (παρέχοντάς **μας** πρόσβαση σε λεπτομέρειες κάθε τέτοιου διακανονισμού),

- εάν **εσείς** ανακτήσετε επιτυχώς τα χρηματικά ποσά από το τρίτο πρόσωπο (θα πρέπει να εξοφληθούν άμεσα σε **μας** εντός 21 ημερών από τη λήψη επί της ακόλουθης βάσης:
 - εάν η απαίτηση κατά του τρίτου μέρους διευθετηθεί πλήρως, θα πρέπει να καταβάλετε τα **δικά μας** έξοδα πλήρως, ή
 - εάν ανακτήσετε κάποιο ποσοστό της απαίτησής σας για βλάβες, **εσείς** πρέπει να καταβάλετε το ίδιο ποσοστό των εξόδων **μας** στην **εταιρεία μας**, ή
 - εάν η απαίτησή σας καταβάλλεται ως γενικός διακανονισμός (όπου τα **δικά μας** έξοδα δεν εξακριβώνονται ξεχωριστά), **εσείς** πρέπει να καταβάλετε τα **δικά μας** έξοδα σε αναλογία ίδια με εκείνη που ισχύει για το γενικό διακανονισμό που αφορά την πλήρη απαίτηση για ζημίες κατά του τρίτου μέρους.
- εάν δεν καταβάλετε στην **εταιρεία μας**, αυτά τα χρηματικά ποσά (συν τυχόν τόκους που έχετε ανακτήσει από το τρίτο μέρος), **εμείς** θα έχουμε το δικαίωμα να λάβουμε αυτά τα ποσά από **εσάς**. το ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας θα ακυρώνεται σύμφωνα με το 14.2(δ) στην ενότητα Υποβολή Παραπόνων και πληροφορίες περί Κανονισμών.

Τα δικαιώματα και τα ένδικα μέσα που αναφέρονται στον όρο αυτό είναι επιπρόσθετα και δεν αντικαθιστούν τα νόμιμα δικαιώματα ή ένδικα μέσα που προβλέπονται από το νόμο.

5 Υφιστάμενες ιατρικές καταστάσεις

Καλύπτομαι για ιατρικές καταστάσεις που προϋπήρχαν της σύναψης συμβολαίου;

Καθώς η ιατρική ασφάλιση σχεδιάστηκε αρχικά για να παρέχει κάλυψη για τη **θεραπεία** των νέων **ιατρικών καταστάσεων** που εκδηλώνονται μετά τη σύναψη του συμβολαίου **σας**, συνήθως δεν παρέχεται κάλυψη για **θεραπεία ιατρικών καταστάσεων** που προϋπήρχαν της συμμετοχής σας στο πρόγραμμα ή για **ιατρικές καταστάσεις** που προέκυψαν από ή σχετίζονται με **ιατρική κατάσταση** που προϋπήρχε της σύναψης του συμβολαίου.

Παρακαλούμε σημειώστε:

Σε ορισμένες περιπτώσεις **εσείς** ενδέχεται να έχετε συνάψει συμβόλαιο με διαφορετικούς όρους από εκείνους που περιγράφονται παραπάνω και **εσείς** θα βρείτε τους όρους αυτούς στη δήλωση συμμετοχής που έχετε υπογράψει.

5.1 Η εταιρεία μας καλύπτει:

- (α) **Θεραπεία ιατρικής κατάστασης** που προκύπτει μετά τη σύναψη του **συμβολαίου σας** και για κατάλληλη **θεραπεία** οποιασδήποτε άλλης **ιατρικής κατάστασης** που περιγράφεται αναλυτικά στην κατάσταση συμμετοχής που υπογράψατε, η οποία περιλαμβάνεται στα ωφελήματα.

5.2 Η εταιρεία μας δεν καλύπτει:

- (α) **Θεραπεία** οποιασδήποτε **ιατρικής κατάστασης** (ή **θεραπεία** οποιασδήποτε **ιατρικής κατάστασης** που προκύπτει από ή σχετίζεται με την εν λόγω **ιατρική κατάσταση**), από την οποία **εσείς** πάσχατε ήδη κατά τη σύναψη του **συμβολαίου σας** και για την οποία **εσείς** θα έπρεπε να **μας** είχατε ενημερώσει, όταν σας ρωτήσαμε, αλλά **εσείς** είτε

- δεν μας ενημερώσατε καθόλου, ή
- παραλείψατε να μας αναφέρετε όλες τις λεπτομέρειες.

Αυτό περιλαμβάνει:

- οποιαδήποτε(εσδήποτε) τρέχουσα(ες) ή προηγούμενη(ες) **ιατρική(ές) κατάσταση(εις)** ή συμπτώματα, ανεξάρτητα από το εάν παρασχέθηκε θεραπεία ή όχι, και
 - οποιαδήποτε προηγούμενες **ιατρικές καταστάσεις** που υποτροπιάζουν ή τις οποίες **εσείς** θα έπρεπε λογικά να γνωρίζετε, ακόμη και αν δεν είχατε επισκεφθεί ιατρό.
- (β) **Θεραπεία** οποιασδήποτε άλλης **ιατρικής κατάστασης** που περιγράφεται λεπτομερώς στη δήλωση συμμετοχής σας, ως εξαιρουμένης για καταβολή ωφελήματος.

Πώς θα μάθω για ποιες ιατρικές καταστάσεις δεν καλύπτομαι;

Εάν **εσείς** έχετε συμπληρώσει δήλωση ιατρικού ιστορικού, η δήλωση συμμετοχής θα αναφέρει τις **ιατρικές καταστάσεις** που δεν καλύπτει η **εταιρεία μας**. Παρακαλούμε επικοινωνήστε μαζί **μας**, εάν **εσείς** έχετε αμφιβολίες για το εύρος της κάλυψής σας.

6 Η κάλυψή σας για ορισμένα είδη θεραπείας

Το συμβόλαιό μου με καλύπτει για προληπτική θεραπεία;

Όχι, αυτό το **συμβόλαιο** σχεδιάστηκε για να παρέχει κάλυψη για απαραίτητη και ενεργή **θεραπεία** παθήσεων, ασθενειών ή τραυματισμών. Ως εκ τούτου, **η εταιρεία μας** δεν καταβάλλει ωφελήματα για προληπτική **θεραπεία** ή εξετάσεις που αποδεικνύουν εάν υφίσταται κάποια **ιατρική κατάσταση** όταν δεν υπάρχουν εμφανή συμπτώματα.

Παρακαλούμε σημειώστε:

Η εταιρεία μας δεν καταβάλλει ωφελήματα για γενετικές εξετάσεις, όταν αυτές οι εξετάσεις πραγματοποιούνται για να αποδειχτεί εάν έχετε γενετική προδιάθεση ή όχι για την εκδήλωση κάποιας **ιατρικής κατάστασης**.

Εμείς θα πληρώσουμε για εμβολιασμούς που πραγματοποιήθηκαν από **ιατρό**, όπως αναφέρεται στον **πίνακα ωφελημάτων**. Επιπλέον, το πρόγραμμα Prestige καλύπτει τον έλεγχο υγείας για άνδρες και γυναίκες, όπως αναφέρεται λεπτομερώς στον **πίνακα ωφελημάτων**.

Ποιες άλλες θεραπείες δεν καλύπτονται;

Επίσης, υπάρχουν διάφορες άλλες **θεραπείες** (αναφέρονται παρακάτω) τις οποίες δεν καλύπτει το **συμβόλαιό** σας.

Σε αυτές περιλαμβάνονται **θεραπείες** που ενδέχεται να θεωρηθούν θέμα προσωπικής επιλογής (όπως η αισθητική **θεραπεία**) και άλλες **θεραπείες** που εξαιρούνται από την κάλυψη, προκειμένου τα ασφάλιστρα να διατηρούνται σε λογικά επίπεδα.

6.1 Η εταιρεία μας καλύπτει:

- (α) **Διαγνωστικές εξετάσεις.**
- (β) Παρακολούθηση για ενήλικες, όπως περιγράφεται στον **πίνακα ωφελημάτων**.
- (γ) Εμβολιασμούς ρουτίνας σε παιδιά και εμβολιασμούς για ταξιδιωτικούς λόγους όταν πραγματοποιούνται από **ιατρό** στο χώρο όπου ασκεί το επάγγελμά του. **Η εταιρεία μας** θα πληρώσει για τους εμβολιασμούς, μόνον εάν συνιστώνται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως απαραίτητοι για τη χώρα στην οποία **εσείς** θα ταξιδέψετε.
- (δ) Αρχική αναπλαστική επέμβαση για την αποκατάσταση της λειτουργίας ή της εμφάνισης μετά από ατύχημα ή έπειτα από επέμβαση για τη θεραπεία **ιατρικής κατάστασης**, υπό την προϋπόθεση ότι:
 - Εσείς είστε ήδη διαρκώς καλυμμένοι με δικό μας συμβόλαιο πριν συμβεί το ατύχημα ή πραγματοποιηθεί η επέμβαση
 - Εμείς έχουμε συμφωνήσει γραπτώς για το κόστος της θεραπείας πριν πραγματοποιηθεί. (βλ. επίσης 6.2(ε))
- (ε) **Θεραπεία** του αστιγματισμού όταν προκαλείται από χειρουργική αντικατάσταση του φακού του οφθαλμού (βλ. επίσης 6.2(ζ)).

6.2 Η εταιρεία μας δεν καλύπτει:

- (α) **Θεραπεία** που δεν είναι απαραίτητη από ιατρικής απόψεως ή η οποία ενδέχεται να θεωρηθεί θέμα προσωπικής επιλογής.
- (β) Εμβολιασμούς, προληπτικές εξετάσεις ρουτίνας ή προληπτικό έλεγχο (εκτός από αυτά που ορίζονται στην ενότητα 6.1(γ)).
- (γ) Προληπτική **θεραπεία**.
- (δ) Τις δαπάνες για την αγορά ή την τοποθέτηση οποιουδήποτε εξωτερικού προσθετικού μέλους ή συσκευής.
- (ε) Αισθητική επέμβαση ή **θεραπεία** ή οποιαδήποτε **θεραπεία** που σχετίζεται με προηγούμενη αισθητική ή αναπλαστική **θεραπεία**. (βλ. επίσης 6.1(δ)).
- (στ) Την αφαίρεση λίπους ή πλεονάζοντος ιστού από οποιοδήποτε μέρος του σώματος, είτε αυτή απαιτείται για ιατρικούς είτε για ψυχολογικούς λόγους (συμπεριλαμβανομένης, αλλά χωρίς να περιορίζεται σε αυτή, της μείωσης του μεγέθους του στήθους).
- (ζ) Οποιαδήποτε άλλη **θεραπεία** του ασπигματισμού ή άλλων διαθλαστικών σφαλμάτων. (βλ. επίσης 6.1(ε)).
- (η) Οποιαδήποτε **θεραπεία** για τη διόρθωση της μυωπίας ή της πρεσβυωπίας (εκτός από αυτά που ορίζονται στον **πίνακα ωφελημάτων**).
- (θ) **Θεραπεία** για την αντιμετώπιση της καθυστέρησης της ανάπτυξης σε παιδιά, είτε είναι φυσική είτε ψυχολογική είτε αφορά μαθησιακές δυσκολίες.
- (ι) Οποιοσδήποτε δαπάνες με τις οποίες εσείς επιβαρύνεστε για κοινωνικούς ή οικογενειακούς λόγους (όπως τα έξοδα για ταξίδια ή για οικιακή βοήθη) ή για λόγους που δεν σχετίζονται άμεσα με τη **θεραπεία**.
- (ια) Οποιαδήποτε **θεραπεία** απαιτείται ως αποτέλεσμα πυρηνικής, βιολογικής ή χημικής μόλυνσης, πολέμου (είτε έχει κηρυχθεί είτε όχι), εχθρικών ενεργειών, εισβολής, εμφυλίου πολέμου, ανταρσίας, εξέγερσης, επανάστασης, πραξικοπήματος, εκρήξεων πολεμικών όπλων ή άλλου γεγονότος παρόμοιου με αυτά που αναφέρονται.
Παρακαλούμε σημειώστε: Σημείωση για λόγους διευκρίνισης: Καλύπτουμε τη **θεραπεία** που απαιτείται ως αποτέλεσμα **τρομοκρατικής ενέργειας**, εφόσον η **τρομοκρατική ενέργεια** δεν συνεπάγεται πυρηνική, βιολογική ή χημική μόλυνση.
- (ιβ) **Θεραπεία** τραυματισμών που προκαλούνται από την επαγγελματική συμμετοχή σε αθλήματα ή από άλματα σε κενό, ελεγχόμενες πτώσεις σε γκρεμό, πτήση με αεροσκάφος χωρίς άδεια ή ως μαθητευόμενος, πολεμικές τέχνες, ελεύθερη αναρρίχηση, ορειβασία με ή χωρίς σχοινιά, καταδύσεις σε βάθος μεγαλύτερο από 10 μέτρα, τρέκινγκ σε ύψος μεγαλύτερο από 2.500 μέτρα, μπάντζι τζάμπινγκ, κανό, αετό βουνού, αλεξίπτωτο πλαγιάς ή αεροπτερισμό, ρίψεις με αλεξίπτωτο, κατακόρυφη κατάβαση σε σπήλαια, σκι εκτός πίστας ή οποιοδήποτε άλλο χειμερινό άθλημα που εκτελείται εκτός πίστας.

Το συμβόλαιό μου με καλύπτει για οδοντιατρική θεραπεία;

Υπάρχει περιορισμένη κάλυψη, όπως αναλύεται παρακάτω:

6.3 Η εταιρεία μας καλύπτει:

- (α) Τα έξοδα που προκύπτουν από την οδοντιατρική φροντίδα. **Η εταιρεία μας** καταβάλλει το 50% των εξόδων έως τα όρια που αναφέρονται στον **πίνακα ωφελημάτων**.
- (β) **Θεραπεία** που κρίνεται απαραίτητη λόγω τυχαίου τραυματισμού που προκλήθηκε από εξωτερικό χτύπημα στο στόμα, έως τα όρια που αναφέρονται στον **πίνακα ωφελημάτων** όταν ισχύουν οι εξής προϋποθέσεις:
- εάν η **θεραπεία** περιλαμβάνει την αντικατάσταση κορώνας, γέφυρας, επικάλυψης ή οδοντοστοιχίας, **εμείς** θα καταβάλλουμε μόνο το εύλογο κόστος αντικατάστασης με υλικό αντίστοιχου τύπου ή ποιότητας
 - εάν απαιτούνται εμφυτεύματα από κλινικής απόψεως, **εμείς** θα καταβάλλουμε μόνο το ποσό που αντιστοιχεί στα έξοδα που θα είχαν προκύψει εάν είχε πραγματοποιηθεί εργασία αντικατάστασης της γέφυρας
 - βλάβη στις οδοντοστοιχίες υπό την προϋπόθεση ότι ο ασφαλισμένος τις φορούσε την ώρα του τραυματισμού.

6.4 Η εταιρεία μας δεν καλύπτει:

- (α) Τις παρακάτω οδοντιατρικές **θεραπείες**:
- έλεγχοι ρουτίνας
 - καθαρισμός και γυάλισμα
 - αισθητική **θεραπεία**
 - οδοντιατρική **θεραπεία** απαραίτητη λόγω παραμέλησης (παραμέληση σημαίνει ότι ο ασφαλισμένος δεν επισκέπτεται τον οδοντίατρο μία τουλάχιστον φορά το **έτος**).
- (β) Τα έξοδα της **θεραπείας** που κατέστη απαραίτητη λόγω τυχαίου τραυματισμού στα δόντια, εάν:
- ο τραυματισμός προκλήθηκε κατά τη μάσηση ή την πόση, ακόμη και εάν η τροφή ή το ποτό περιείχε ξένο σώμα
 - η βλάβη προκλήθηκε από συνηθισμένη φθορά
 - ο τραυματισμός προκλήθηκε κατά τη συμμετοχή σε αγώνα μπόξ ή ράγκμπι (εκτός από το σχολικό ράγκμπι), εκτός εάν το μέλος φορούσε τον κατάλληλο εξοπλισμό για την προστασία του στόματος
 - ο τραυματισμός προκλήθηκε από οτιδήποτε άλλο εκτός από εξωτερικό χτύπημα στο στόμα
 - η βλάβη προκλήθηκε κατά το βούρτσισμα των δοντιών ή κατά τη διάρκεια άλλης διαδικασίας για τη στοματική υγιεινή
 - η βλάβη δεν γίνει εμφανής εντός επτά ημερών μετά το χτύπημα που προκάλεσε τον τραυματισμό τα έξοδα προκύπτουν σε διάστημα 18 μηνών και μεγαλύτερο μετά την ημερομηνία του τραυματισμού που κατέστησε απαραίτητη τη θεραπεία.
- (γ) Τα τηλεφωνικά έξοδα ή τα έξοδα ταξιδιού που προέκυψαν κατά την αναζήτηση οδοντιατρικής συμβουλής ή **θεραπείας**.
- (δ) Βλάβες στις οδοντοστοιχίες, εκτός εάν το μέλος τις φορούσε τη στιγμή του ατυχήματος.

Το συμβόλαιό μου με καλύπτει για νέες ή πειραματικές θεραπείες;

Το **συμβόλαιο** σάς καλύπτει μόνο για τις καθιερωμένες ιατρικές **θεραπείες**.

Να θυμάστε:

Δεν υπάρχει κάλυψη για οποιαδήποτε **θεραπεία** ή διαδικασία που δεν είναι αποδεδειγμένα αποτελεσματική ή βρίσκεται σε πειραματικό στάδιο.

6.5 Η εταιρεία μας καλύπτει:

- (α) **Χειρουργικές επεμβάσεις** που αναφέρονται στο τεχνικό έγγραφο που ονομάζεται «πρόγραμμα διαδικασιών» και αναφέρει τις **χειρουργικές επεμβάσεις** για τις οποίες **εμείς** καταβάλλουμε ωφελήματα. Θα πληρώσουμε για **θεραπεία** που δεν αναφέρεται εάν, πριν από την έναρξη της **θεραπείας**, αποδειχτεί ότι η εν λόγω **θεραπεία** αναγνωρίζεται ως κατάλληλη από εξουσιοδοτημένο ιατρικό οργανισμό και **εμείς** έχουμε συμφωνήσει με τον **ιατρό** και το **νοσοκομείο** σχετικά με την αμοιβή τους. Εάν θέλετε αντίγραφο του του καταλόγου επεμβάσεων, ανατρέξτε στη διαδικτυακή τοποθεσία AXA PPP healthcare: www.axapphealthcare.com
- (β) Τα εύλογα έξοδα που προκύπτουν για έναν ζωντανό δότη που θέλει να δωρίσει όργανο ή ιστό, υπό την προϋπόθεση ότι:
- οι επεμβάσεις που θα διεξαχθούν στον δότη και στον λήπτη θα γίνουν ταυτόχρονα και ή
 - ο δότης και ο λήπτης είναι συγγενείς α' βαθμού (δηλαδή γονέας, παιδί ή αδελφός/ή) και είτε ο δότης είτε ο λήπτης καλύπτονται από αυτό το **συμβόλαιο** ή
 - ο δότης και ο λήπτης είναι μέλη της AXA PPP healthcare κατά το χρόνο διεξαγωγής των επεμβάσεων και ότι και οι δύο ήταν μέλη πριν από το χρόνο κατά τον οποίο ο λήπτης εκδήλωσε την **ιατρική κατάσταση** που απαιτεί τη μεταμόσχευση. (βλ. επίσης 6.60).

6.6 Η εταιρεία μας δεν καλύπτει:

- (α) Τη χρήση φαρμάκου ή **θεραπείας** των οποίων η αποτελεσματικότητα δεν έχει αποδειχθεί ή τα οποία βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο. Όσον αφορά στα φάρμακα, αυτό σημαίνει ότι πρέπει να έχουν λάβει άδεια χρήσης από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Φαρμάκων ή το Ρυθμιστικό Φορέα Φαρμάκων και Προϊόντων Ιατρικής Περίθαλψης και να χρησιμοποιούνται σύμφωνα με της όρους της συγκεκριμένης άδειας.
- (β) **Θεραπεία** που δεν έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική ή η οποία βρίσκεται ακόμη σε πειραματικό στάδιο. Για αποδεδειγμένη **θεραπεία**, αυτό σημαίνει διαδικασίες και πρακτικές που έχουν υποβληθεί σε κατάλληλη κλινική δοκιμή και αξιολόγηση, επαρκώς τεκμηριωμένες σε δημοσιευθέντα ιατρικά περιοδικά και/ή εγκεκριμένες από το Εθνικό Ινστιτούτο για την Υγεία και την Κλινική Υπεροχή (National Institute for Health and Clinical Excellence) για συγκεκριμένους σκοπούς που θα θεωρούνται αποδεδειγμένες ασφαείς και αποτελεσματικές θεραπείες.
- (γ) Τα έξοδα συλλογής των οργάνων ή του ιστού του δωρητή ή τυχόν σχετικά έξοδα διαχείρισης (όπως, αλλά χωρίς να περιορίζονται σε αυτά, τα έξοδα της αναζήτησης δωρητή).

Τοκετός, εγκυμοσύνη και σεξουαλική υγεία

Εμείς θα πληρώσουμε τις δαπάνες για τις επισκέψεις **εσωτερικού** και **εξωτερικού ασθενούς** σε ιατρό πριν και μετά τον τοκετό και για τη διαδικασία του τοκετού, όπως αναφέρεται λεπτομερώς στον **πίνακα ωφελημάτων**. Αυτό είναι πρόσθετο σε σχέση με τα ωφελήματα που διατίθενται για τη **θεραπεία ιατρικής κατάστασης** που εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και/ή του τοκετού, όπως περιγράφεται στη συνέχεια.

Τα συμβόλαιά **μας** σχεδιάστηκαν για να παρέχουν κάλυψη για απαραίτητη και ενεργή **θεραπεία ιατρικής κατάστασης** (την οποία ορίζουμε ως πάθηση, ασθένεια ή τραυματισμό). Αυτό, στην περίπτωση εγκυμοσύνης και τοκετού, σημαίνει ότι πληρώνουμε για πρόσθετη **θεραπεία** που **πληροί τις προϋποθέσεις** εφόσον καθίσταται απαραίτητη λόγω **ιατρικής κατάστασης** που εκδηλώθηκε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και/ή του τοκετού. Το **συμβόλαιό** σας δεν προορίζεται να παρέχει κάλυψη για προληπτική **θεραπεία**, παρακολούθηση ή έλεγχο. Δεν θα καταβάλουμε τα έξοδα για τις φυσιολογικές παρεμβάσεις που απαιτούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού, καθώς δεν αποτελούν **θεραπείες ιατρικής κατάστασης**, εκτός από τις περιπτώσεις που περιγράψαμε παραπάνω.

Να θυμάστε:

Καθώς η κάλυψη περιορίζεται στην εγκυμοσύνη και τον τοκετό, **σας** συνιστούμε έντονα να καλέσετε την ομάδα Προσωπικών Συμβούλων της **εταιρείας μας**, προκειμένου να επιβεβαιώσουμε το εύρος της κάλυψης που θα παρέχουμε προτού ξεκινήσετε οποιαδήποτε **θεραπεία**.

6.7 Η εταιρεία μας καλύπτει:

- (α) Φυσιολογική εγκυμοσύνη και τοκετό: **εμείς** θα πληρώσουμε τις δαπάνες για τις επισκέψεις **εσωτερικού** και **εξωτερικού ασθενούς** σε ιατρό πριν και μετά τον τοκετό και για τη διαδικασία του τοκετού, όπως αναφέρεται λεπτομερώς στον **πίνακα ωφελημάτων**.
- (β) Πρόσθετα έξοδα που χρεώνονται για τη **θεραπεία ιατρικών καταστάσεων** όταν εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια της εν λόγω εγκυμοσύνης ή του τοκετού. Για παράδειγμα, θα λαμβάναμε υπ' όψιν τη θεραπεία στις εξής περιπτώσεις:
 - έκτοπη κύηση (όπου το έμβρυο αναπτύσσεται εκτός μήτρας)
 - μύλη ουροδόχου κύστης (ανώμαλη κυταρική ανάπτυξη μέσα στη μήτρα)
 - κατακράτηση μεμβράνης πλακούντα (ύστερο που παραμένει στη μήτρα μετά τον τοκετό)
 - προδρομικός πλακούντας
 - εκλαμψία (κώμα ή κρίση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά από προεκλαμψία)
 - διαβήτη (Εάν έχετε εξαιρέσεις λόγω του προγενέστερου ιατρικού ιστορικού σας που σχετίζεται με τον διαβήτη, δεν θα έχετε κάλυψη για οποιαδήποτε θεραπεία του διαβήτη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
 - αιμορραγία μετά τον τοκετό (μεγάλη αιμορραγία κατά τις ώρες και τις ημέρες αμέσως μετά τον τοκετό)
 - αποβολή που απαιτεί άμεση χειρουργική **θεραπεία**
 - αδυναμία να πραγματοποιηθεί ο τοκετός.

6.8 Η εταιρεία μας δεν καλύπτει:

- (α) Οποιαδήποτε έξοδα σχετίζονται με εγκυμοσύνη ή τοκετό (εκτός από αυτά που ορίζονται στην ενότητα 6.7).
- (β) Έρευνες σχετικά με και **θεραπεία** της στειρότητας, αντισύλληψη, υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, στείρωση (ή αναστροφή της) ή οι συνέπειες οποιουδήποτε από τα παραπάνω ή οποιασδήποτε **θεραπείας** για αυτά.
- (γ) **Θεραπεία** για ανικανότητα ή για τις συνέπειές της.
- (δ) **Θεραπεία** για σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες.
- (ε) Επεμβάσεις αλλαγής φύλου ή οποιαδήποτε άλλη χειρουργική ή ιατρική **θεραπεία**, συμπεριλαμβανομένης της ψυχοθεραπείας ή παρόμοιων υπηρεσιών που η παροχή τους προκύπτει από ή σχετίζεται άμεσα ή έμμεσα με την αλλαγή φύλου.

7 Επαναλαμβανόμενη, συνεχιζόμενη και μακροχρόνια θεραπεία

Το **συμβόλαιό μου** με καλύπτει για επαναλαμβανόμενη, συνεχιζόμενη ή μακροχρόνια θεραπεία;

Το **συμβόλαιό σας** καλύπτει τη **θεραπεία** για **ιατρικές καταστάσεις** που ανταποκρίνονται γρήγορα στη **θεραπεία** – ορίζονται στο γλωσσάρι **μας** ως **οξείες καταστάσεις**. Αυτό το **συμβόλαιο** δεν προορίζεται για να καλύψει τις δαπάνες σας για επαναλαμβανόμενη, συνεχή ή μακροχρόνια **θεραπεία χρόνιων καταστάσεων**.

Στο γλωσσάρι που υπάρχει στη σελίδα 43 ορίζουμε τη **χρόνια κατάσταση** ως:

Νόσος, ασθένεια ή τραυματισμός που διαθέτει ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Απαιτεί συνεχή ή μακροχρόνια παρακολούθηση με επισκέψεις σε ιατρό, εξετάσεις, τσεκάπ και/ή τεστ.
- Απαιτεί συνεχή ή μακροχρόνιο έλεγχο ή ανακούφιση των συμπτωμάτων.
- Απαιτεί αποκατάσταση ή ειδική εκπαίδευση για να την αντιμετωπίσετε.
- Συνεχίζεται επ' αόριστον.
- Δεν έχει γνωστή θεραπεία.
- Επανέρχεται ή είναι πιθανόν να επανέλθει.

Παρακαλούμε σημειώστε:

Το **συμβόλαιο σας** καλύπτει για τις παρακάτω φάσεις της **θεραπείας** μιας **χρόνιας κατάστασης** μέχρι το επίπεδο που προβλέπεται στον **πίνακα ωφελημάτων**:

- κατά τις αρχικές εξετάσεις για να γίνει η διάγνωση.
- κατά τη διάρκεια της **θεραπείας** για διάστημα λίγων μηνών μετά τη διάγνωση, προκειμένου να μπορέσει ο **ιατρός** να ξεκινήσει τη **θεραπεία**.
- κατά τη διάρκεια **νοσοκομειακής περίθαλψης** λόγω οξείας επιδείνωσης ή επιπλοκών (κρίσεων), προκειμένου η **χρόνια κατάσταση** να τεθεί πάλι υπό έλεγχο.

Τι θα συμβεί εάν χρειαστώ επαναλαμβανόμενη ή μακροχρόνια θεραπεία;

Εάν η **θεραπεία** που **εσείς** λαμβάνετε γίνει επαναλαμβανόμενη, συνεχιζόμενη ή μακροχρόνια, τα έξοδα για τη **θεραπεία** αυτής της **χρόνιας κατάστασης** (συμπεριλαμβανομένης της μακροχρόνιας παρακολούθησης, των επισκέψεων σε ιατρό, των τσεκάπ και των εξετάσεων) δεν καλύπτονται σύμφωνα με το **συμβόλαιό σας**, η **εταιρεία μας** θα **σας** ενημερώσει γραπτώς, εάν ισχύει αυτό.

Υπάρχουν ορισμένες καταστάσεις που είναι πιθανό να χρειαστούν συνεχή **θεραπεία**, όπως η ασθένεια του Crohn (φλεγμονώδης νόσος των εντέρων) και οι χρόνιες καταθλιπτικές ασθένειες, οι οποίες απαιτούν την αντιμετώπιση των επεισοδίων υποτροπής όταν επιδεινώνονται τα συμπτώματα της ασθένειας. Λόγω της μονιμότητας αυτών των καταστάσεων θα **σας** ενημερώσουμε γραπτώς για το πότε θα διακοπεί η παροχή του ωφελήματος για τη συγκεκριμένη κατάσταση.

Πού μπορώ να μάθω περισσότερα για την κάλυψη για τις χρόνιες καταστάσεις;

Εκδίδουμε ένα φυλλάδιο στο οποίο εξηγούμε τον τρόπο με τον οποίο χειριζόμαστε τις πληρωμές για τη **θεραπεία** των **χρόνιων καταστάσεων**. Το φυλλάδιο αυτό διατίθεται στη διαδικτυακή τοποθεσία [τις:www.axarpphealthcare.com](http://www.axarpphealthcare.com) και, τις, μπορείτε να το προμηθευτείτε

από την **εταιρεία μας**. Στη σελίδα 26 θα βρείτε περαιτέρω εξηγήσεις για τον τρόπο με τον οποίο χειριζόμαστε τις πληροφορίες για τις **θεραπείες** κατά του **καρκίνου**.

7.1 Η εταιρεία μας καλύπτει:

- (α) **Θεραπεία οξείας κατάστασης** και βραχυπρόθεσμη **νοσοκομειακή περίθαλψη** που εφαρμόζεται για τη σταθεροποίηση και τον έλεγχο **χρόνιας κατάστασης**.
- (β) Αιμοκάθαρση για μέχρι έξι εβδομάδες κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας για μεταμόσχευση νεφρού.
- (γ) Αποκατάσταση **εσωτερικού ασθενούς** για μέχρι 28 ημέρες όταν πρόκειται για αναπόσπαστο μέρος **θεραπείας**, και
 - πραγματοποιείται από **ιατρό** που ειδικεύεται στην αποκατάσταση
 - πραγματοποιείται σε αναγνωρισμένο **νοσοκομείο** ή μονάδα αποκατάστασης
 - **η εταιρεία μας** έχει συμφωνήσει για τα έξοδα πριν από την έναρξη της θεραπείας αποκατάστασης.

Εμείς θα παρατείνουμε τη θεραπεία αποκατάστασης **εσωτερικού ασθενούς** μέχρι και 180 ημέρες σε περιπτώσεις βαριάς βλάβης του κεντρικού νευρικού συστήματος, η οποία προκλήθηκε από εξωτερικό τραύμα.

- (δ) Θεραπεία ορμονικής αντικατάστασης (HRT) μόνον όταν ενδείκνυται ιατρικώς για τη **θεραπεία** των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης που προκλήθηκε από ιατρική παρέμβαση. Σε αυτή την περίπτωση, **η εταιρεία μας** θα πληρώσει τις επισκέψεις των **ιατρών** και το κόστος των εμφυτευμάτων (αλλά όχι των προσθηκών ή των δισκίων). **Εμείς** θα καταβάλλουμε ωφελήματα για διάστημα μέχρι και 18 μηνών από την ημερομηνία της ιατρικής παρέμβασης.

7.2 Η εταιρεία μας δεν καλύπτει:

- (α) Συνεχιζόμενη, επαναλαμβανόμενη ή μακροχρόνια **θεραπεία** για οποιαδήποτε **χρόνια κατάσταση**.
- (β) Την παρακολούθηση **ιατρικής κατάστασης**.
- (γ) Οποιαδήποτε **θεραπεία** που προσφέρει προσωρινή ανακούφιση από τα συμπτώματα και δεν αντιμετωπίζει την υποβόσκουσα **ιατρική κατάσταση**.
- (δ) Επισκέψεις για παρακολούθηση ρουτίνας.
- (ε) Τακτική ή μακροχρόνια αιμοκάθαρση στην περίπτωση χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.
- (στ) **Θεραπεία** οποιασδήποτε **ιατρικής κατάστασης** που προέκυψε με οποιονδήποτε τρόπο λόγω μόλυνσης από τον ιό HIV.
- (ζ) Οποιαδήποτε θεραπείας ορμονικής αντικατάστασης (HRT) εκτός από τη **θεραπεία** των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης που προέκυψε λόγω ιατρικής παρέμβασης.

Τι κάλυψη θα έχω για ψυχιατρική θεραπεία;

Εσείς έχετε κάλυψη για τη **θεραπεία** ψυχιατρικής ασθένειας, που υπόκειται σε όλους τους περιορισμούς και τις εξαιρέσεις ωφελημάτων που περιλαμβάνονται στο **συμβόλαιό** σας.

Εάν η θεραπεία ληφθεί εκτός Η.Β.

Εάν χρειαστείτε **νοσοκομειακή περίθαλψη** για ψυχιατρική ασθένεια εκτός **Η.Β.**, είναι απαραίτητο να επικοινωνήσετε μαζί **μας** ο **κάτοχος του συμβολαίου** ή κάποιο **μέλος της οικογένειας**. Στη συνέχεια, θα επικοινωνήσουμε με το **νοσοκομείο** για να συζητήσουμε για τη **θεραπεία** σας και να τους ενημερώσουμε για τα διαθέσιμα ωφελήματα. Επίσης, μπορούμε να ζητήσουμε από το **νοσοκομείο** να στείλει τους λογαριασμούς απευθείας σε **εμάς**.

Εάν η θεραπεία ληφθεί εντός Η.Β.

Εάν χρειαστείτε **νοσοκομειακή περίθαλψη** για ψυχιατρική ασθένεια, το **νοσοκομείο** θα επικοινωνήσει μαζί **μας** πριν από την εισαγωγή σας, προκειμένου να ελέγξει εάν το **συμβόλαιό** σας καλύπτει αυτή τη **θεραπεία**. Εάν έχουμε τη δυνατότητα να επιβεβαιώσουμε την κάλυψη, θα συμφωνήσουμε με το **νοσοκομείο** να πληρώσουμε την αρχική περίοδο της νοσηλείας σας.

Εάν χρειαστεί να παραμείνετε στο **νοσοκομείο** μεγαλύτερο διάστημα από όσο είχε συμφωνηθεί αρχικά, θα ζητήσουμε από τον **ιατρό** να παράσχει περαιτέρω στοιχεία, τα οποία θα **μας** βοηθήσουν να διαπιστώσουμε γιατί είναι απαραίτητη η περαιτέρω **θεραπεία**. Οποιαδήποτε κάλυψη **θεραπείας** για ψυχιατρική ασθένεια υπόκειται στους κανονισμούς **μας** για τις **χρόνιες καταστάσεις**.

7.3 Η εταιρεία μας καλύπτει:

- (α) **Θεραπεία** για ψυχιατρική ασθένεια. Έχουμε συνάψει **συμφωνία** με τα ψυχιατρικά **νοσοκομεία** του **Η.Β.** σχετικά με τη **νοσοκομειακή περίθαλψη** για ψυχιατρικές ασθένειες, με βάση την οποία το **νοσοκομείο** θα επικοινωνήσει απευθείας μαζί **μας** για να επιβεβαιωθεί η διαθεσιμότητα μας κάλυψης.

7.4 Η εταιρεία μας δεν καλύπτει:

- (α) **Θεραπεία** που προκύπτει από ή προκαλείται άμεσα ή έμμεσα από αυτοπροκληθέντα τραυματισμό ή απόπειρα αυτοκτονίας.
- (β) **Θεραπεία** που προκύπτει ή συνδέεται με οποιοδήποτε τρόπο με κατάχρηση αλκοόλ, φαρμάκων ή άλλων ουσιών.
- (γ) Ωφελήματα για περισσότερες από 100 ημέρες **νοσοκομειακής περίθαλψης** για ψυχιατρική ασθένεια, καθ' όλη τη διάρκεια του βίου σας.

Το συμβόλαιό μου με καλύπτει για θεραπεία κατά του καρκίνου;

Είστε καλυμμένοι για **θεραπεία** ενός νέου **καρκίνου** που προέκυψε μετά την εγγραφή **σας** στο πρόγραμμα και για οποιαδήποτε υποτροπή αυτού του **καρκίνου**. Εάν υπόκεισθε στις εξαιρέσεις λόγω του προγενέστερου ιατρικού ιστορικού σας που σχετίζεται με **καρκίνο**, δεν θα έχετε κάλυψη για οποιαδήποτε υποτροπή του **καρκίνου**. Ανατρέξτε στην ενότητα «Υφιστάμενες ιατρικές καταστάσεις» στη σελίδα 17 για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την κάλυψή σας για προϋπάρχουσες **ιατρικές καταστάσεις**.

Το **συμβόλαιό** σας καλύπτει τις εξετάσεις για διάγνωση και τη **θεραπεία** που προορίζεται να επηρεάσει την ανάπτυξη του **καρκίνου** συρρικτώνοντάς τον, σταθεροποιώντας τον ή επιβραδύνοντας την εξάπλωσή του. Η κάλυψη περιλαμβάνει τη χειρουργική επέμβαση, την ακτινοθεραπεία ή τη χημειοθεραπεία, μεμονωμένα ή σε συνδυασμό.

Το **συμβόλαιό** σας δεν καλύπτει την μακροπρόθεσμη αντιμετώπιση του **καρκίνου** σε άλλη περίπτωση εκτός από αυτές που αναφέρονται παρακάτω και δεν παρέχει κάλυψη για **θεραπεία** που πραγματοποιείται μόνο για ανακούφιση των συμπτωμάτων.

Παρακαλούμε σημειώστε:

Αυτή η κάλυψη υπόκειται στους περιορισμούς του εν λόγω **συμβολαίου** σχετικά με τη **θεραπεία εξωτερικού ασθενή** και στο συνολικό όριο ωφελημάτων του **συμβολαίου** που εμφανίζεται στον **πίνακα ωφελημάτων** σας.

Τι θα συμβεί εάν η θεραπεία που λαμβάνω είναι δωρεάν;

Εάν επιλέξετε να λάβετε **θεραπεία** και να μην επέλθει καμία χρέωση σε σχέση με τη **θεραπεία** έχετε το δικαίωμα να λάβετε σε μετρητά το ωφέλημα που εμφανίζεται στον **πίνακα ωφελημάτων**, όταν **εσείς** υποβληθείτε σε ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία στο πλαίσιο

ημερήσιας νοσηλείας ή θεραπείας ως εξωτερικός ασθενής ή ως ασθενής με δικαίωμα νοσοκομειακής περίθαλψης.

Ο παρακάτω πίνακας είναι μια περίληψη της κάλυψης που παρέχεται για τον **καρκίνο** σύμφωνα με το εν λόγω **συμβόλαιο** και πρέπει να τον διαβάσετε μαζί με το υπόλοιπο εγχειρίδιο, συμπεριλαμβανομένου του **πίνακα ωφελημάτων**.

Σύνοψη κάλυψης για τον καρκίνο για το Πρόγραμμα Prestige του Διεθνούς Σχεδίου Υγείας		
	Κάλυψη	
Πού με καλύπτει η θεραπεία;	✓	Θεραπεία του καρκίνου σε νοσοκομείο στην κύρια χώρα διαμονής σας ή στη ζώνη κάλυψής σας ή σε οποιοδήποτε νοσοκομείο του Ηνωμένου Βασιλείου ή μονάδα ημερήσιας νοσηλείας ή διαγνωστικό κέντρο που αναφέρεται στην ενότητα για το Η.Β. του Διεθνούς Καταλόγου Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων.
	✗	Χρεώσεις που πραγματοποιήθηκαν από τη θεραπεία του καρκίνου στο Η.Β. σε νοσοκομείο, μονάδα ημερήσιας νοσηλείας ή διαγνωστικό κέντρο που δεν αναφέρεται στην ενότητα για το Η.Β. του Διεθνούς Καταλόγου Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων.
	✓	Ενδοφλέβια χημειοθεραπεία που λαμβάνεται στο σπίτι υπό τις συνθήκες που εμφανίζονται στον πίνακα ωφελημάτων.
	✗	Θεραπεία σε κλινική.
Τι κάλυψη θα έχω για διαγνωστικές εξετάσεις;	✓	Επισκέψεις σε έναν ιατρό και διαγνωστικές εξετάσεις που ζητά ο ιατρός , αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία και τομογραφία με εκπομπή ποζιτρονίων και χειρουργικές επεμβάσεις που υπόκεινται στα όρια ωφελημάτων εξωτερικού ασθενή.
	✗	Γενετικός έλεγχος που απαιτείται για τη διαπίστωση γενετικής προδιάθεσης σε συγκεκριμένες μορφές καρκίνου.
Τι κάλυψη θα έχω για χειρουργική θεραπεία;	✓	Χειρουργικές επεμβάσεις για θεραπεία ή διάγνωση του καρκίνου , που αναφέρονται παραπάνω και στη σελίδα 26 όταν η θεραπεία θεωρείται αποτελεσματική.
	✗	Πειραματική θεραπεία ή θεραπεία με μη αποδεδειγμένο αποτέλεσμα. Ανατρέξτε στην ενότητα «Είδος θεραπείας» στη σελίδα 20 για περισσότερες πληροφορίες.
Καλύπτομαι για προληπτική θεραπεία;	✗	Προληπτική θεραπεία , για παράδειγμα: <ul style="list-style-type: none"> • Πραγματοποίηση ελέγχου ως προληπτική μέθοδο όπου δεν εμφανίζονται συμπτώματα καρκίνου. Για παράδειγμα, εάν πραγματοποιήσετε γενετικό έλεγχο, το αποτέλεσμα του οποίου δείξει προδιάθεση για καρκίνο του μαστού, δεν καλύπτεστε για τον έλεγχο ή την προληπτική μαστεκτομή προκειμένου να αποτρέψετε

Σύνοψη κάλυψης για τον καρκίνο για το Πρόγραμμα Prestige του Διεθνούς Σχεδίου Υγείας

	Κάλυψη	
		<p>την ανάπτυξη του καρκίνου του στήθους μελλοντικά.</p> <ul style="list-style-type: none"> Εμβόλια που αποτρέπουν την εξέλιξη ή την υποτροπή του καρκίνου, για παράδειγμα, εμβολιασμοί για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου.
Τι κάλυψη θα έχω για φαρμακευτική θεραπεία;	✓	<p>Φαρμακευτική θεραπεία για τον καρκίνο (όπως φάρμακα χημειοθεραπείας, ορμονικές θεραπείες και βιολογικές θεραπείες) εφόσον το φάρμακο έχει άδεια χρήσης από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων ή τη Ρυθμιστική αρχή του Ηνωμένου Βασιλείου και χρησιμοποιείται σύμφωνα με τους όρους της εν λόγω άδειας.</p>
	✓	<p>Υπάρχουν φαρμακευτικές θεραπείες για τον καρκίνο που συνήθως χορηγούνται για παρατεταμένα χρονικά διαστήματα. Τέτοιου είδους παρατεταμένη θεραπεία συνήθως δεν συμπεριλαμβάνεται στα ωφελήματα. Ωστόσο, στην περίπτωση της θεραπείας του καρκίνου, εμείς κάνουμε μια εξαίρεση (σύμφωνα με τους περιορισμούς που αναφέρονται λεπτομερώς στη συνέχεια για φάρμακα χημειοθεραπείας και βιολογικές θεραπείες, όπως τραστουσουμομάβη (trastuzumab) (Herceptin) και bevacizumab (Avastin).</p> <p>Η κάλυψη που παρέχεται από αυτό το συμβόλαιο σε σχέση με αυτήν τη φαρμακευτική θεραπεία για τον καρκίνο για παρατεταμένα χρονικά διαστήματα καταβάλλεται μία φορά ανά κύκλο αντικαρκινικής θεραπείας. Με τον όρο «κύκλος αντικαρκινικής θεραπείας» εννοούμε το διάστημα από τη διάγνωση πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή καρκίνου (όποιοι εκδηλωθεί πρώτος) μέχρι την τελική χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία για τον εν λόγω πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή καρκίνο (όποιο λάβει χώρα τελευταίο).</p> <p>Αυτές οι θεραπείες με φάρμακα καλύπτονται για τα εξής χρονικά διαστήματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • τρία έτη θεραπείας αυτού του είδους, ή • καθ' όλη την περίοδο ισχύος της άδειας κυκλοφορίας του φαρμάκου, όποιο από τα δύο είναι μικρότερης διάρκειας. <p>Το χρονικό όριο ξεκινά από την στιγμή που άρχισε να σας χορηγείται το συγκεκριμένο φάρμακο για πρώτη φορά.</p> <p>Τα φάρμακα αυτά θα πληρούν τις προϋποθέσεις για καταβολή ωφελήματος μόνον όταν χρησιμοποιούνται σύμφωνα με τους όρους της άδειας κυκλοφορίας τους.</p> <p>Παρακαλούμε σημειώστε: αλλαγές στην χρήση άδειας</p>

**Σύνοψη κάλυψης για τον καρκίνο για το Πρόγραμμα Prestige
του Διεθνούς Σχεδίου Υγείας**

	Κάλυψη	
		κυκλοφορίας του φαρμάκου σημαίνει ότι οι φαρμακευτικές θεραπείες για τον καρκίνο που καλύπτονται από αυτό το ασφαλιστήριο συμβόλαιο θα αλλάζουν κατά καιρούς. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με εγκεκριμένη θεραπεία του καρκίνου , επικοινωνήστε με την ομάδα μας από Προσωπικούς Συμβούλους.
Τι κάλυψη θα έχω για φαρμακευτική θεραπεία; (συνέχεια)	✓	Τα φάρμακα για εξωτερικούς ασθενείς και φάρμακα που συνταγογραφούνται από τον ιατρό σας.
	✗	Εκτός από την κάλυψη που προβλέπεται για φάρμακα χημειοθεραπείας και βιολογικές θεραπείες που έχουν περιγραφεί προηγουμένως, δεν υπάρχει κάλυψη για φαρμακευτική θεραπεία που χορηγείται για να προληφθεί η υποτροπή του καρκίνου , για τη διατήρηση της ύφεσης ή όπου η χρήση της συνεχίζεται χωρίς ξεκάθαρη τελική ημερομηνία. Αυτές οι συνεχιζόμενες θεραπείες δεν πληρούν τις προϋποθέσεις , παρόλο που, εάν χορηγούνται με ένεση, για παράδειγμα goserelin (Zoladex), μπορεί να καταβάλλουμε ωφέλημα για μέχρι τρεις μήνες, προκειμένου να ενεργήσει η θεραπεία .
Καλύπτομαι για ακτινοθεραπεία;	✓	Ακτινοθεραπεία, που χρησιμοποιείται για την ανακούφιση πόνου.
Παρέχεται φροντίδα για ετοιμοθάνατα άτομα;	✗	Η φροντίδα για ετοιμοθάνατα άτομα δεν καλύπτεται όπου κι αν πραγματοποιείται.
Καλύπτομαι για παρακολούθηση;	✓	Οι επισκέψεις και εξετάσεις παρακολούθησης του καρκίνου καλύπτονται για 10 έτη από την τελευταία σας χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία για τον εν λόγω καρκίνο , σύμφωνα με τα όρια των ωφελημάτων για εξωτερικούς ασθενείς .
Καλύπτομαι για θεραπεία με μυελό των οστών ή βλαστοκύτταρα;	✓	Θεραπεία με βλαστοκύτταρα και θεραπεία με μυελό των οστών, συμπεριλαμβανομένου του σχετικού κόστους για να δωρίσει ένας ζωντανός δότης μυελό των οστών ή βλαστοκύτταρα όπως εμφανίζεται στην ενότητα 6.5(β)
	✗	Τυχόν σχετικά έξοδα διαχείρισης (όπως, αλλά χωρίς να περιορίζονται σε αυτά, τα έξοδα της αναζήτησης δότη).

8 Πού είστε καλυμμένοι για λήψη θεραπείας

Για ποια νοσοκομεία έχω κάλυψη;

Εσείς μπορείτε να χρησιμοποιήσετε οποιοδήποτε **νοσοκομείο** της **κύριας χώρας διαμονής** σας ή της **ζώνης κάλυψής** σας και **εμείς** θα καταβάλλουμε τις εύλογες χρεώσεις. Ωστόσο, η **εταιρεία μας** δεν μπορεί να διευθετήσει απευθείας διακανονισμό λογαριασμών για **νοσοκομειακή περίθαλψη** με όλα τα **νοσοκομεία**. Ανατρέξτε στην ενότητα «Πώς γίνεται η διευθέτηση των ιατρικών λογαριασμών μου;» στη σελίδα 13 και στο **Διεθνή Κατάλογο Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων**.

Εμείς θα καταβάλλουμε τις χρεώσεις **που πληρούν τις προϋποθέσεις** στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν από πάροχο με τον οποίο η **εταιρεία μας** έχει συνάψει **συμφωνία** χρήσης των εγκαταστάσεών του για περιπτώσεις **θεραπείας** ως **εξωτερικός ασθενής** (οι οποίες ενδέχεται να περιλαμβάνουν χρεώσεις για τη χρήση φαρμάκων). Ωστόσο, εάν **εσείς** χρειαστείτε **νοσοκομειακή περίθαλψη**, **ημερήσια νοσηλεία**, **αξονική τομογραφία**, **μαγνητική τομογραφία** ή **τομογραφία με εκπομπή ποζιτρονίων στο Η.Β.**, θα πρέπει να επιλέξετε **νοσοκομείο**, **μονάδα ημερήσιας νοσηλείας** ή **διαγνωστικό κέντρο** από αυτά που αναφέρονται στην ενότητα για το **Η.Β.** του **Διεθνούς Καταλόγου Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων**.

Τα **νοσοκομεία** που **εμείς** συμπεριλάβαμε στην ενότητα για το **Η.Β.** του **Διεθνούς Καταλόγου Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων** επιλέχθηκαν με γνώμονα την ποιότητα, τις τιμές και το εύρος των υπηρεσιών τους και η **εταιρεία μας** έχει συνάψει **Συμφωνία** μαζί τους με βάση την οποία παρέχουν τις υπηρεσίες τους στους πελάτες μας.

Παρακαλούμε σημειώστε:

Εάν **εμείς** δεν μπορέσουμε, μετά από εύλογη διαπραγμάτευση, να κλείσουμε τη **Συμφωνία** συνολικά ή εν μέρει, ενδέχεται να είναι απαραίτητο από καιρό σε καιρό να διακόπτουμε τη συνεργασία **μας** με το **νοσοκομείο**, τη **μονάδα ημερήσιας νοσηλείας** ή το **διαγνωστικό κέντρο** που αναφέρονται στην ενότητα για το **Η.Β.** του **Διεθνούς Καταλόγου Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων**, για να προστατέψουμε τα συμφέροντα όλων των πελατών μας. Σε αυτή την περίπτωση η **εταιρεία μας** θα ανακοινώσει τη διακοπή της συνεργασίας στη διαδικτυακή τοποθεσία **μας**: www.axapphealthcare.com. Προκειμένου να είστε βέβαιοι για την κάλυψη, επικοινωνήστε με την ομάδα Προσωπικών Συμβούλων της **εταιρείας μας** πριν από οποιαδήποτε **θεραπεία**.

Επίσης, **εμείς** έχουμε συνάψει συγκεκριμένους διακανονισμούς σε σχέση με **χειρουργικές επεμβάσεις** καταρράκτη που **πληρούν τις προϋποθέσεις** στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, όπως περιγράφεται παρακάτω.

Τι θα συμβεί εάν επιλέξω να λάβω θεραπεία σε νοσοκομείο, μονάδα ημερήσιας νοσηλείας ή διαγνωστικό κέντρο του Η.Β., το οποίο δεν περιλαμβάνεται στην ενότητα για το Η.Β. του Διεθνούς Καταλόγου Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων;

Εάν **εσείς** λάβετε **νοσοκομειακή περίθαλψη** ή **ημερήσια νοσηλεία** σε οποιοδήποτε **νοσοκομείο** ή **μονάδα ημερήσιας νοσηλείας** που δεν αναφέρεται στην ενότητα για το **Η.Β.** του **Διεθνούς Καταλόγου Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων**, ή **αξονική τομογραφία**, **μαγνητική τομογραφία** ή **τομογραφία με εκπομπή ποζιτρονίων** σε οποιοδήποτε **διαγνωστικό κέντρο** που δεν περιλαμβάνεται στην ενότητα για το **Η.Β.** του **Διεθνούς Καταλόγου Νοσηλευτικών**

Ιδρυμάτων, η εταιρεία μας θα καταβάλλει σε **εσάς** μόνο ένα μικρό ωφέλημα σε μετρητά, όπως αναφέρεται στον **πίνακα ωφελημάτων**. **Εσείς** θα φέρετε εξ ολοκλήρου την ευθύνη για την εξόφληση των λογαριασμών του **νοσοκομείου**.

Να θυμάστε:

Εάν είναι ιατρικώς απαραίτητο **εσείς** να χρησιμοποιήσετε ένα **νοσοκομείο, μονάδα ημερήσιας νοσηλείας ή διαγνωστικό κέντρο** που δεν αναφέρεται στην ενότητα για το **Η.Β.** του **Διεθνούς Καταλόγου Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων** και **εμείς** συμφωνήσαμε ειδικά σε αυτό, γραπτώς, πριν από την έναρξη της **θεραπείας, η εταιρεία μας** θα αναλάβει την εξόφληση αυτών των χρεώσεων του νοσοκομείου.

Πού μπορώ να λάβω χειρουργική θεραπεία καταρράκτη που πληροί τις προϋποθέσεις στο Ηνωμένο Βασίλειο;

Εάν **εσείς** χρειάζεστε **χειρουργική επέμβαση** καταρράκτη στο Ηνωμένο Βασίλειο, **η εταιρεία μας** θα πληρώσει για **θεραπεία** που **πληροί τις προϋποθέσεις**, στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο ιατρός σας **σάς** παραπέμπει κατευθείαν σε **μονάδα** με την οποία εμείς έχουμε συνάψει **συμφωνία** για τη διεξαγωγή **χειρουργικών επεμβάσεων** καταρράκτη.

Παρακαλούμε σημειώστε:

Εμείς σας συνιστούμε να **μας** καλέσετε προτού λάβετε οποιαδήποτε **θεραπεία** προκειμένου να διασφαλίσετε ότι θα υπάρχει κάλυψη για τη **θεραπεία** που **εσείς** χρειάζεστε.

8.1 Η εταιρεία μας καλύπτει:

- (α) Χρεώσεις που πραγματοποιήθηκαν από ή προέκυψαν σε **νοσοκομείο** που βρίσκεται εντός της **κύριας χώρας διαμονής** της ή εντός της **ζώνης κάλυψής της**. **Εμείς** θα αναλάβουμε την εξόφληση των εύλογων χρεώσεων για τη χρήση μονόκλινου δωματίου με μπάνιο. Εάν **εσείς** λάβετε επείγουσα **θεραπεία** ή **θεραπεία** για **ιατρική κατάσταση** που εκδηλώνεται ξαφνικά σε οποιοδήποτε άλλο **νοσοκομείο, η εταιρεία μας** θα καταβάλει μόνο το ωφέλημα που παρέχεται όταν βρίσκεστε εκτός της **ζώνης κάλυψης**, το οποίο εμφανίζεται στον **πίνακα ωφελημάτων**.
- (β) Χρεώσεις που πραγματοποιήθηκαν από ή προέκυψαν σε **νοσοκομείο, μονάδα ημερήσιας νοσηλείας ή διαγνωστικό κέντρο** που αναφέρεται στην ενότητα για το **Η.Β.** του **Διεθνούς Καταλόγου Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων**. Εάν λάβετε **θεραπεία** σε οποιοδήποτε άλλο νοσοκομείο, μονάδα **ημερήσιας νοσηλείας ή διαγνωστικό κέντρο** στο **Η.Β.**, θα **καταβάλουμε** μόνο το ωφέλημα σε μετρητά που εμφανίζεται στον **πίνακα ωφελημάτων**, εκτός εάν
 - είναι ιατρικώς απαραίτητο να χρησιμοποιήσετε άλλη εγκατάσταση και **συμφωνήσαμε** ειδικά σε αυτό γραπτώς πριν από την έναρξη της **θεραπείας** ή
 - η εισαγωγή ήταν επείγουσα και ήταν ιατρικώς απαραίτητο να **εισαχθείτε** σε άλλο **νοσοκομείο**. Σε αυτή την περίπτωση, θα **καταβάλλουμε** τις συνηθισμένες χρεώσεις του **νοσοκομείου**, εφόσον ειδοποιηθούμε για την εισαγωγή, το συντομότερο δυνατόν.
- (γ) **Χειρουργικές επεμβάσεις** καταρράκτη στο **Ηνωμένο Βασίλειο** κατόπιν παραπομπής μέσω ιατρού σε **μονάδα** στο **Ηνωμένο Βασίλειο** με την οποία **η εταιρεία μας** έχει συνάψει **συμφωνία** για τη διεξαγωγή **χειρουργικών επεμβάσεων** καταρράκτη.
- (δ) Χρεώσεις στο **Ηνωμένο Βασίλειο**, οι οποίες προέκυψαν από πάροχο με τον οποίο **η εταιρεία μας** έχει συνάψει συμφωνία χρήσης των εγκαταστάσεών του για περιπτώσεις **θεραπείας ως εξωτερικός ασθενής** (οι οποίες ενδέχεται να περιλαμβάνουν χρεώσεις για τη χρήση φαρμάκων).

8.2 Η εταιρεία μας δεν καλύπτει:

- (α) Οποιοσδήποτε χρεώσεις για ιαματικά λουτρά, κλινικές φυσικής θεραπείας ή άλλες παρόμοιες εγκαταστάσεις, ακόμη και αν έχουν καταγραφεί ως **νοσοκομεία**.
- (β) Ειδική νοσηλεία σε **νοσοκομείο**, εκτός εάν **η εταιρεία μας** έχει εκ των προτέρων συμφωνήσει ότι είναι απαραίτητη και κατάλληλη.
- (γ) Χρεώσεις **νοσοκομειακής περίθαλψης** για οποιοδήποτε **νοσοκομείο** εκτός **Η.Β.**, οι οποίες είναι παράλογες ή υπερβολικές.

9 Ποιον πληρώνουμε για τη θεραπεία

Το **συμβολαίο** σας παρέχει ωφέλημα για την **κατάλληλη θεραπεία** που παρέχεται από **ιατρούς, φυσικοθεραπευτές και δευτερεύοντες ιατρούς**.

Ποιες υπηρεσίες που παρέχονται από ιατρούς, δευτερεύοντες ιατρούς και φυσικοθεραπευτές πληρούν τις προϋποθέσεις για καταβολή ωφελήματος;

Οι αμοιβές των **ιατρών** για επισκέψεις, **διαγνωστικές εξετάσεις**, εμβολιασμούς, **θεραπεία σε νοσοκομείο** και οι **χειρουργικές διαδικασίες** πληρούν τις προϋποθέσεις για την καταβολή ωφελήματος, σύμφωνα με οποιουδήποτε περιορισμούς του παρόντος **συμβολαίου**. Οι χρεώσεις των **δευτερευόντων ιατρών** και των **φυσικοθεραπευτών** για **θεραπεία** καλύπτονται σύμφωνα με οποιουδήποτε περιορισμούς του παρόντος **συμβολαίου**. Η **εταιρεία μας** δεν εξοφλεί χρεώσεις για έξοδα διαχείρισης ή γραπτές εκθέσεις.

Οι αμοιβές θεραπείας καταβάλλονται πλήρως;

Η **εταιρεία μας** δημοσιεύει έγγραφο καλούμενο το «παράρτημα διαδικασιών και αμοιβών» το οποίο παραθέτει τι θα καταβάλλει η **εταιρεία μας** σε **ιατρούς, δευτερεύοντες ιατρούς και φυσικοθεραπευτές**, για τις υπηρεσίες που παρέχουν στους πελάτες **μας**. **Εμείς** θα καταβάλλουμε πλήρως τις **επιλέξιμες** αμοιβές, όταν ο **ιατρός**, ο **δευτερεύων ιατρός** ή ο **φυσικοθεραπευτής** χρεώνει αμοιβές που κυμαίνονται έως το επίπεδο που παρουσιάζεται στο παράρτημα διαδικασιών και αμοιβών. Αυτό είναι διαθέσιμο στην ιστοσελίδα **μας**: www.axapphealthcare.com ή επικοινωνώντας με την Ομάδα Προσωπικών Συμβούλων **μας**.

Η **εταιρεία μας** σας ενημερώνει εντόνως ότι μπορείτε να **μας** καλείτε πριν λάβετε **θεραπεία**, για να επιβεβαιώσετε αν θα καταβάλλουμε πλήρως τις χρεώσεις **θεραπείας** για το άτομο που σχεδιάζετε να δείτε. Αν η **εταιρεία μας** δεν θα καταβάλλει την αμοιβή πλήρως, θα σας πούμε ποιο ποσό θα καταβάλλουμε για το κόστος της **θεραπείας** σας, από το παράρτημα διαδικασιών και αμοιβών. Έχουμε προσδιορίσει τους **ιατρούς**, τους **φυσικοθεραπευτές** και τους **δευτερεύοντες ιατρούς** στο **H.B.** των οποίων τις χρεώσεις καταβάλλουμε πλήρως, και αυτοί αποτελούν την πλειοψηφία όλων των ιατρών.

Τι θα συμβεί εάν στη θεραπεία που λαμβάνω στο H.B. συμμετάσχει και αναισθησιολόγος;

Πριν λάβετε χειρουργική **θεραπεία**, σας συνιστούμε να μάθετε ποιον αναισθησιολόγο πρόκειται να χρησιμοποιήσει ο **ιατρός** σας. Αυτό σημαίνει ότι **εμείς** μπορούμε να σας ενημερώσουμε για το αν ο αναισθησιολόγος αυτός είναι ένας από αυτούς των οποίων τις χρεώσεις καταβάλλουμε πλήρως ή, εάν δεν ισχύει αυτό, ποια αμοιβή θα καταβάλλουμε (όπως παρατίθεται στο παράρτημα διαδικασιών και αμοιβών). Ωστόσο, εάν, όταν **μας** καλέσετε, δεν γνωρίζετε ποιον αναισθησιολόγο σκοπεύει να χρησιμοποιήσει ο **ιατρός** σας, η **εταιρεία μας** θα καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια να **σας** ενημερώσει για το εάν συνήθως συνεργάζονται με αναισθησιολόγο του οποίου τις χρεώσεις καταβάλλουμε πλήρως.

9.1 Η εταιρεία μας καλύπτει:

- (α) Χρεώσεις για **θεραπεία** που πραγματοποιήθηκε στο **H.B.** στο επίπεδο που παρατίθεται στο παράρτημά **μας** των διαδικασιών και αμοιβών, ή στο ποσό που χρεώθηκε σε περίπτωση που είναι χαμηλότερο από το επίπεδο εκείνο.

9.2 Η εταιρεία μας δεν καλύπτει:

- (α) Χρεώσεις που πραγματοποιήθηκαν από **ιατρό, δευτερεύοντα ιατρό ή φυσικοθεραπευτή**, εφόσον **σας** παρέπεμψε σε σας κάποιο μέλος σας οικογένειάς σας ή εάν ο συγκεκριμένος **ιατρός, δευτερεύων ιατρός ή φυσικοθεραπευτής** είναι μέλος σας οικογένειάς σας.
- (β) Χρεώσεις για **θεραπεία** που πραγματοποιήθηκε οι οποίες υπερβαίνουν το επίπεδο που ορίζεται στο παράρτημά **μας** των διαδικασιών και αμοιβών.
- (γ) Χρεώσεις για **θεραπεία** που πραγματοποιήθηκε από **εξειδικευμένο ιατρό, δευτερεύοντα ιατρό ή κλινικό ιατρό**, που **σας** έχουμε προσδιορίσει ως κάποιον του οποίου τις αμοιβές καταβάλλουμε πλήρως, εάν, χωρίς προηγούμενη συμφωνία **μας**, χρεώνουν σημαντικά περισσότερο από τη συνήθη χρέωσή τους για **θεραπεία**.
- (δ) Χρεώσεις για γενική περιποίηση των ποδών, ακόμη και αν διεξάγεται από χειρουργό ποδίατρο.
- (ε) Οποιοσδήποτε χρεώσεις για σύνταξη γραπτών εκθέσεων ή άλλα έξοδα διαχείρισης.

10 Επείγουσα θεραπεία στο εξωτερικό

Τι κάλυψη προσφέρει το συμβόλαιό μου όταν βρίσκομαι εκτός ζώνης κάλυψης;

Το **συμβόλαιό** σας έχει σχεδιαστεί αρχικά για να παρέχει κάλυψη για **ιατρική θεραπεία** που λαμβάνεται εντός της **ζώνης κάλυψης**. Υπάρχει περιορισμένη κάλυψη εκτός της **ζώνης κάλυψης** για επείγουσα **θεραπεία**, όπως αναφέρεται λεπτομερώς στον **πίνακα ωφελημάτων**.

Μπορώ να επαναπατριστώ στην κύρια χώρα διαμονής μου ή στη ζώνη κάλυψής μου για να λάβω θεραπεία;

Ενδέχεται να υπάρχουν λόγοι για τους οποίους **εσείς** μπορεί να προτιμήσετε να επιστρέψετε στην **κύρια χώρα διαμονής σας** ή στη **ζώνη κάλυψής σας** για να λάβετε **θεραπεία** που δεν συνεπάγεται την επείγουσα εισαγωγή σας. Σε αυτή την περίπτωση, καλύπτεστε από τα ωφελήματα που παρέχονται μέσω του **συμβολαίου** σας κατά την επιστροφή σας στην **κύρια χώρα διαμονής σας** ή στη **ζώνη κάλυψής σας** και μπορείτε να τα απαιτήσετε με τον συνηθισμένο τρόπο. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το κόστος της επιστροφής σας στην **κύρια χώρα διαμονής** ή στη **ζώνη κάλυψής σας** επιβαρύνει εσάς.

Ωστόσο, εάν **εσείς** τραυματιστείτε ή αρρωστήσετε ξαφνικά και χρειαστείτε άμεση επείγουσα **νοσοκομειακή περίθαλψη**, τότε μπορείτε να χρησιμοποιήσετε την **υπηρεσία διακομιδής ή επαναπατρισμού**. Οι εξαιρέσεις που αναφέρονται σε άλλα σημεία του παρόντος εγγράφου δεν ισχύουν για την **υπηρεσία διακομιδής ή επαναπατρισμού**, αλλά ισχύουν για τη **θεραπεία** που θα λάβετε στην **κύρια χώρα διαμονής σας** ή στη **χώρα σας** ή σε οποιαδήποτε χώρα στην οποία **εσείς** διακομιστήκατε. Εάν **εσείς** χρειαστείτε την **υπηρεσία διακομιδής ή επαναπατρισμού**, θα πρέπει να επικοινωνήσετε με το κέντρο επιχειρήσεων έκτακτης ανάγκης, ώστε να λάβετε άμεση βοήθεια ή συμβουλές μέσω τηλεφώνου.

Στη συνέχεια, μπορούμε να κανονίσουμε να εξεταστείτε από **διορισθέντα ιατρό** και να μετακινηθείτε ή να επιστρέψετε στην **κύρια χώρα διαμονής σας**, εάν είναι απαραίτητο. Η **υπηρεσία διακομιδής ή επαναπατρισμού** θα χρησιμοποιηθεί υπό ιατρική επίβλεψη, εάν ο **διορισθείς ιατρός** το κρίνει απαραίτητο.

Μπορείτε να βρείτε τους πλήρεις κανονισμούς που σχετίζονται με την **υπηρεσία διακομιδής ή επαναπατρισμού** στις παραγράφους 10.3 και 10.4.

10.1 Η εταιρεία μας καλύπτει:

- (α) Επείγουσα **θεραπεία** ή **θεραπεία ιατρικής κατάστασης** που εκδηλώνεται ξαφνικά ενώ βρίσκεστε εκτός της **ζώνης κάλυψης**, έως τα όρια που ορίζονται στον **πίνακα ωφελημάτων**.

10.2 Η εταιρεία μας δεν καλύπτει:

- (α) Απαιτήσεις που σχετίζονται με το παρόν **συμβόλαιο** εάν **μας** ζείτε στο **H.B.** Αυτό σημαίνει ότι βρίσκεστε στο **H.B.** περισσότερους από έξι μήνες το **έτος**. **Μας** πρέπει να **μας** ενημερώσετε εάν έχετε αλλάξει την **κύρια χώρα διαμονής μας**, ακόμη και αν ζείτε στην ίδια **περιοχή**. Εάν δεν **μας** ενημερώσετε, **εμείς** μπορούμε να αρνηθούμε την καταβολή των ωφελημάτων.
- (β) Απαιτήσεις, εάν **εσείς** ταξιδέψατε εκτός της **ζώνης κάλυψής σας** για να λάβετε **θεραπεία** (ανεξάρτητα από το εάν ή όχι αυτό ήταν ο μόνος λόγος) ή ταξιδέψατε αφηφώντας της ιατρικές υποδείξεις (συμπεριλαμβανομένης της δημοσιευμένης

υπόδειξης του Αρχιάτρου του Υπουργείου Υγείας της Αγγλίας).

- (γ) Χρεώσεις **νοσοκομειακής περίθαλψης** για οποιοδήποτε **νοσοκομείο** εκτός **H.B.**, οι οποίες είναι παράλογες ή υπερβολικές. **Εμείς** θα αναλάβουμε την εξόφληση των εύλογων χρεώσεων για τη χρήση μονόκλινου δωματίου με μπάνιο, όπου υπάρχει.

Ειδικόί όροι που σχετίζονται με την υπηρεσία διακομιδής ή επαναπατρισμού από το εξωτερικό

10.3 Η υπηρεσία διακομιδής ή επαναπατρισμού από το εξωτερικό διατίθεται για την κάλυψη των παρακάτω περιπτώσεων όταν οι διακανονισμοί έχουν πραγματοποιηθεί από εμάς:

- (α) Το κόστος της μεταφοράς **σας** με ασθενοφόρο αεροσκάφος, με κανονικό αεροσκάφος ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς **εμείς** θεωρούμε κατάλληλο. **Εμείς** θα αποφασίσουμε τον τρόπο μεταφοράς, την ημερομηνία και την ώρα.
- (β) Εάν **εσείς** εισαχθείτε στο **νοσοκομείο** ενώ βρίσκεστε στην **κύρια χώρα διαμονής σας** και, κατά τη γνώμη του **διορισθέντος ιατρού**, οι ιατρικές εγκαταστάσεις στην **κύρια χώρα διαμονής** δεν είναι κατάλληλες ή επαρκείς, **εσείς** θα διακομιστείτε στην πλησιέστερη περιοχή όπου διατίθενται οι κατάλληλες υπηρεσίες.
- (γ) Τα εύλογα και απαραίτητα έξοδα μεταφοράς και πρόσθετης διαμονής ενός επιπλέον ατόμου, ηλικίας 18 ετών και άνω, το οποίο θα **σας** συνοδεύει κατά τη μεταφορά **σας** εάν **εσείς** είστε κάτω των 18 ετών (ή σε άλλες περιπτώσεις κατά τις οποίες **εμείς** θεωρούμε ότι η **ιατρική σας κατάσταση** καθιστά απαραίτητη την παρουσία συνοδού).
- (δ) Τα εύλογα πρόσθετα έξοδα ταξιδιού και διαμονής που προέκυψαν λόγω της επιστροφής των συγγενών στην **κύρια χώρα διαμονής**, οι οποίοι καλύπτονται από το **συμβόλαιο** της AXA PPP healthcare και οι οποίοι **σας** συνόδεψαν στο ταξίδι σας στο εξωτερικό.
- (ε) Η επιστροφή της σωρού σας σε λιμάνι ή αεροδρόμιο της **κύριας χώρας διαμονής** σας ή της **χώρας σας**, εάν **εσείς** πεθάνετε εκτός της **χώρας σας**.

10.4 Η υπηρεσία διακομιδής ή επαναπατρισμού από το εξωτερικό δεν διατίθεται για την κάλυψη των παρακάτω:

- (α) Οποιαδήποτε **ιατρική κατάσταση** που δεν **σας** εμποδίζει να συνεχίσετε το ταξίδι ή την εργασία σας και η οποία δεν απαιτεί άμεση επείγουσα **νοσοκομειακή περίθαλψη**.
- (β) Οποιαδήποτε έξοδα προκύπτουν από ή προκαλούνται άμεσα ή έμμεσα από αυτοπροκληθέντα τραυματισμό ή απόπειρα αυτοκτονίας.
- (γ) Οποιαδήποτε έξοδα προκύπτουν ή συνδέονται με οποιονδήποτε τρόπο με κατάχρηση αλκοόλ, φαρμάκων ή άλλων ουσιών.
- (δ) Οποιαδήποτε έξοδα προκύπτουν από τη συμμετοχή σας ως επαγγελματία σε κάποιο άθλημα ή δραστηριότητα ή από τη συμμετοχή σας σε άλματα σε κενό, ελεγχόμενες πτώσεις σε γκρεμό, πτήση με αεροσκάφος χωρίς άδεια ή ως μαθητευόμενος, πολεμικές τέχνες, ελεύθερη αναρρίχηση, ορειβασία με ή χωρίς σχοινιά, καταδύσεις σε βάθος μεγαλύτερο από 10 μέτρα, τρέκινγκ σε ύψος μεγαλύτερο από 2.500 μέτρα, μπάντζι τζάμπινγκ, κανό, αετό βουνού, αλεξιπτωτο πλαγιάς ή αεροπτερισμό, ρίψεις με αλεξιπτωτο, κατακόρυφη κατάβαση σε σπήλαια, σκι εκτός πίστας ή οποιοδήποτε άλλο χειμερινό άθλημα που εκτελείται εκτός πίστας.
- (ε) Τη μεταφορά **σας** από πλοίο, πλατφόρμα εξόρυξης πετρελαίου ή παρόμοια υπεράκτια τοποθεσία.

- (στ) Οποιαδήποτε έξοδα που **η εταιρεία μας** δεν εγκρίνει εκ των προτέρων ή έξοδα που προέκυψαν, ενώ **εμείς** δεν είχαμε ενημερωθεί για το ατύχημα ή την ασθένεια για την οποία **εσείς** χρειαστήκατε την **υπηρεσία διακομιδής ή επαναπατρισμού** εντός 30 ημερών από το συμβάν (εκτός κι αν αυτό δεν ήταν εύλογα εφικτό).
- (ζ) Τα έξοδα **θεραπείας** εκτός από την απαραίτητη **θεραπεία**, η οποία χορηγείται κατά τη διάρκεια της μεταφοράς **σας** από τη διεθνή **εταιρεία** παροχής βοήθειας που έχουμε διορίσει.
- (η) Οποιοδήποτε τμήμα του εισιτηρίου σας για το ταξίδι που δεν χρησιμοποιήθηκε, καθώς και το εισιτήριο του συνοδού σας, θα περιέλθει αμέσως στην ιδιοκτησία **μας** και θα πρέπει να **μας** το δώσετε.
- (θ) Οποιαδήποτε έξοδα προκύπτουν από πυρηνική, βιολογική ή χημική μόλυνση, πόλεμο (είτε έχει κηρυχθεί είτε όχι), ενέργειες εχθρού, εισβολή, εμφύλιο πόλεμο, ανταρσία, εξέγερση, επανάσταση, πραξικόπημα, εκρήξεις πολεμικών όπλων ή άλλο γεγονός παρόμοιο με αυτά που αναφέρονται.
- (ι) Οποιαδήποτε έξοδα προκύπτουν εάν, κατά το χρόνο του ταξιδιού **σας**, **εσείς** ταξιδεύετε σε χώρα ή **περιοχή** την οποία το Υπουργείο Εξωτερικών και Κοινοπολιτείας στο **Ηνωμένο Βασίλειο** περιλαμβάνει στον κατάλογο με τις περιοχές για τις οποίες έχει εκδώσει ταξιδιωτική οδηγία σχετικά με
- όλες τις μετακινήσεις προς αυτή, ή
 - όλες τις μετακινήσεις για διακοπές ή υποθέσεις που δεν είναι σημαντικές.
- Αυτή η εξαίρεση ισχύει ανεξάρτητα με το λόγο του ταξιδιού σας.

10.5 Σε σχέση με την υπηρεσία διακομιδής ή επαναπατρισμού από το εξωτερικό, η εταιρεία μας δεν ευθύνεται για

- (α) Οποιαδήποτε αδυναμία παροχής **της υπηρεσίας διακομιδής ή επαναπατρισμού** από το εξωτερικό ή για καθυστερήσεις κατά την παροχή της, εκτός εάν η αδυναμία ή η καθυστέρηση προκλήθηκε από δική **μας** αμέλεια (συμπεριλαμβανομένης της αμέλειας της διεθνούς **εταιρείας** παροχής βοήθειας, την οποία **εμείς** έχουμε διορίσει να ενεργεί εκ μέρους **μας**) ή αμέλεια των πρακτόρων που έχουν διοριστεί από οποιονδήποτε από τους συμβαλλομένους.
- (β) Αδυναμία ή καθυστέρηση κατά την παροχή της **υπηρεσίας διακομιδής ή επαναπατρισμού** από το εξωτερικό, εάν:
- βάσει της νομοθεσίας η **υπηρεσία διακομιδής ή επαναπατρισμού** από το εξωτερικό δεν μπορεί να παρασχεθεί στη χώρα στην οποία υπάρχει ανάγκη για αυτήν, ή
 - η αποτυχία ή η καθυστέρηση οφείλεται σε οποιονδήποτε λόγο που δεν μπορούμε να ελέγξουμε, συμπεριλαμβανομένων των απεργιών και των συνθηκών πτήσεων, αλλά χωρίς να περιορίζονται σε αυτές.
- (γ) Τραυματισμό ή θάνατο που προκλήθηκε κατά τη μεταφορά **σας**, εκτός εάν προκλήθηκε από αμέλειά **μας** ή από αμέλεια οποιουδήποτε ενεργούσε εκ μέρους **μας**.

11 Υπηρεσία Health at Hand

Πώς θα μπορούσε να με βοηθήσει η υπηρεσία Health at Hand;

Πώς θα μπορούσε να με βοηθήσει η υπηρεσία Health at Hand;

Η υπηρεσία Health at Hand είναι μια τηλεφωνική υπηρεσία παροχής πληροφοριών από διάφορες ειδικότητες, κι επομένως, **εσείς** έχετε την ασφάλεια της άμεσης πρόσβασης σε μια κατάλληλα εκπαιδευμένη και έμπειρη ομάδα επαγγελματιών του κλάδου υγείας, 24 ώρες την ημέρα, 365 ημέρες το χρόνο.

Ομάδα από νοσηλευτές, φαρμακοποιούς, συμβούλους και μαίες είναι στη διάθεσή **σας** για να **σας** προσφέρουν την πολύτιμη εμπειρία τους. Επίσης, απαντούν στις απορίες **σας** και **σας** δίνουν τις πιο πρόσφατες πληροφορίες για συγκεκριμένες ασθένειες, θεραπείες και φαρμακευτικές αγωγές, καθώς και λεπτομέρειες για τοπικούς και εθνικούς οργανισμούς. Ακόμη, έχουν τη δυνατότητα να **σας** στείλουν δωρεάν ενημερωτικά φύλλα και φυλλάδια για ευρύ φάσμα ιατρικών θεμάτων, καταστάσεων και θεραπειών και πρόθυμα θα επικοινωνήσουν μαζί **σας** για να συζητήσετε τυχόν απορίες που ενδέχεται να έχετε σχετικά με όσα **εσείς** διαβάσατε.

Παρακαλούμε σημειώστε:

Η υπηρεσία Health at Hand δεν πραγματοποιεί διαγνώσεις ούτε συνταγογραφεί φάρμακα και δεν έχει σκοπό να αντικαταστήσει τον ιατρό **σας**. Ωστόσο, μπορεί να **σας** παρέχει πολύτιμες πληροφορίες που θα **σας** καθησυχάσουν.

Η υπηρεσία Health at Hand είναι μια εμπιστευτική υπηρεσία και οποιοσδήποτε πληροφορίες που **εσείς** συζητάτε δεν γνωστοποιούνται στην ομάδα Προσωπικών Συμβούλων της **εταιρείας μας**. Εάν **εσείς** επιθυμείτε να δεχτείτε μια **θεραπεία** ή να ρωτήσετε σχετικά με τυχόν απαιτήσεις ή την ιδιότητα του μέλους, η ομάδα Προσωπικών Συμβούλων της **εταιρείας μας** θα είναι πρόθυμη να **σας** βοηθήσει.

Η υπηρεσία Health at Hand μπορεί να **σας** βοηθήσει να κάνετε σωστές επιλογές την ημέρα ή τη νύχτα

Είτε **εσείς** τηλεφωνήσετε αργά το βράδυ επειδή ανησυχείτε για την υγεία του παιδιού **σας** είτε επειδή **εσείς** έχετε κάποιες απορίες, τις οποίες ξεχάσατε να συζητήσετε με τον ιατρό **σας**, η υπηρεσία Health at Hand θα είναι πιθανότατα σε θέση να **σας** προσφέρει τη βοήθεια που **εσείς** χρειάζεστε. Στη συνέχεια παρατίθενται μερικά παραδείγματα διαφόρων θεμάτων που **εσείς** μπορείτε να συζητήσετε με κάθε ειδικότητα:

Κλινική οικογένειας – βρέφη, νήπια, προβλήματα εφήβων, εγκυμοσύνη ή σύνταξη.

Κλινική φροντίδας και παροχής συμβουλών – άγχος, εθισμός, κατάθλιψη ή πένθος.

Κλινική υγιεινής ζωής – άσκηση, διατροφή, έλεγχος κατανάλωσης αλκοόλ, καπνίσματος και χοληστερίνης. Κλινική ταξιδιών – εμβολιασμοί, μεταφορά παιδιών στο εξωτερικό και ιατρικές συμβουλές ανάλογα με τη χώρα.

Κλινική χαπιών και συνταγών – φάρμακα, παρενέργειες και ανακούφιση πόνου.

Κλινική για την υγεία των γυναικών – γονιμότητα, έλεγχοι, εμμηνόπαυση και οστεοπόρωση.

Κλινική για την υγεία των ανδρών – θέματα προστάτη, **καρκίνος** των όρχεων, ανικανότητα και γονιμότητα.

Υπηρεσία Health at Hand +44 (0) 1737 815 197

Η υπηρεσία Health at Hand είναι στη διάθεσή **σας** οποιαδήποτε στιγμή, την ημέρα ή τη νύχτα, 365 ημέρες το χρόνο.

Επίσης, μπορείτε να στείλετε μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην υπηρεσία Health at Hand, μέσω της διαδικτυακής τοποθεσίας **μας**: www.axahealthcare.com

Εάν καλείτε από το **Η.Β.** και τα **Νησιά της Μάγχης**, καλέστε το 0800 003 004 – οι κλήσεις είναι δωρεάν.

12 Πρόσθετα ωφέληματα

Οφθαλμιατρική κάλυψη

Τι είδους οφθαλμιατρική κάλυψη διατίθεται;

Εσείς έχετε τη δυνατότητα να απαιτείτε τα έξοδα για ένα τεστ όρασης το **έτος**. Το τεστ όρασης μπορεί να διεξαχθεί από οφθαλμίατρο οπτικό ή σε οποιοδήποτε κατάστημα ή αλυσίδα λιανικής πώλησης οπτικών που παρέχει αυτή την υπηρεσία. Απλώς στείλτε **μας** την απόδειξη με το όνομά σας, η οποία επιβεβαιώνει τη διεξαγωγή του τεστ όρασης και **η εταιρεία μας** θα αποστείλει σε **εσάς** το ωφέλημα.

Επίσης, **εμείς** θα καταβάλλουμε τα έξοδα που πραγματοποιήσατε για αμοιβή του οπτικού που συνταγογράφησε γυαλιά ή φακούς επαφής, όπως αναφέρεται λεπτομερώς στον **πίνακα ωφελημάτων**. Αυτό το ωφέλημα δεν καλύπτει τους φακούς επαφής, τα τσεκάπ ή τα διαλύματα, τα μη συνταγογραφημένα γυαλιά, τις επισκευές γυαλιών, τους νέους σκελετούς, την αντικατάσταση των γυαλιών μετά από τυχαία ζημιά ή τα μη συνταγογραφημένα είδη που **εσείς** αγοράζετε στο πλαίσιο του προγράμματος οφθαλμιατρικής φροντίδας. Εάν **εσείς** αγοράσετε κάποια είδη στο πλαίσιο του συμβολαίου οφθαλμιατρικής φροντίδας και θέλετε να υποβάλετε αίτηση σύμφωνα με το **συμβόλαιό** σας, **εσείς** πρέπει να ζητήσετε από τον οπτικό σας να εκδώσει απόδειξη, η οποία θα αναγράφει το κόστος όλων των ειδών που **εσείς** αγοράσατε σύμφωνα με το συμβόλαιο οφθαλμιατρικής φροντίδας.

Έλεγχος υγείας

Εσείς δικαιούστε να υποβάλετε αίτηση ύψους 300 στερλινών ως εισφορά για την κάλυψη του κόστους μιας εξέτασης της φυσικής κατάστασης ή ελέγχου ρουτίνας για ενήλικες, όπως αναφέρεται λεπτομερώς στον **πίνακα ωφελημάτων**. Αυτό το ωφέλημα διατίθεται μόνον εάν **εσείς** είστε 18 ετών και άνω κατά το χρόνο διεξαγωγής του ελέγχου υγείας. Απλώς ορίστε την ημερομηνία διεξαγωγής του ελέγχου και κατόπιν στείλτε στην **εταιρεία μας** την απόδειξη που αναγράφει το όνομά σας και επιβεβαιώνει τη διεξαγωγή του ελέγχου. **Εμείς** θα **σας** αποζημιώσουμε για έξοδα ύψους έως 300 στερλινών το **έτος**.

Ταξιδιωτική ασφάλιση

Η AXA PPP healthcare έχει καταρτίσει ένα πρόγραμμα ταξιδιωτικής ασφάλισης χαμηλού κόστους, προκειμένου να καλύπτει τα επιχειρηματικά ταξίδια και τις διακοπές σας. Το Διεθνές Πρόγραμμα Ταξιδιωτικής Ασφάλισης συμπεριλαμβάνει την κάλυψη για ιατρικά έξοδα, την οποία **εσείς** έχετε ήδη σύμφωνα με το διεθνές πρόγραμμα υγείας και, επομένως, δεν χρειάζεται να πληρώσετε δύο φορές για κάλυψη υγείας.

Για περισσότερες λεπτομέρειες, ανατρέξτε στο εγχειρίδιο Διεθνούς Προγράμματος Ταξιδιωτικής Ασφάλισης.

13 Επιπλέον πληροφορίες

Πότε μπορώ να προσθέσω άλλα μέλη ή να αλλάξω την κάλυψή μου;

Εσείς μπορείτε ανά πάσα στιγμή να υποβάλετε αίτηση για την προσθήκη **μέλους της οικογένειας** στο **συμβόλαιό** σας. Επίσης, ενδέχεται να **μπορείτε** να αλλάξετε την κάλυψή σας κατά την ανανέωση του συμβολαίου σας. Επικοινωνήστε μαζί **μας**, προκειμένου να **συζητήσουμε** τις επιλογές που **έχετε** και να **σας** στείλουμε τα σχετικά έντυπα για να τα συμπληρώσετε. Πρέπει να μας **κρατάτε** πλήρως ενημερωμένους για οποιοσδήποτε αλλαγές συμβαίνουν από τη στιγμή που **μας** στέλνετε οποιοδήποτε έντυπο και μέχρι να λάβετε τη γραπτή επιβεβαίωσή **μας** ότι **πραγματοποιήσαμε** την αλλαγή.

Μπορώ να προσθέσω ένα νεογέννητο στο συμβόλαιό μου;

Εσείς μπορείτε να υποβάλετε αίτηση για να προσθέσετε νεογέννητα βρέφη (τα οποία έχουν γεννηθεί από τον **κάτοχο του συμβολαίου** ή τη σύντροφο του) στο **συμβόλαιο** από την ημερομηνία γέννησής τους. Υπό κανονικές συνθήκες αυτό μπορεί να γίνει χωρίς να συμπληρώσετε λεπτομερώς το ιατρικό ιστορικό τους, δεδομένου ότι **εσείς** θα τα εγγράψετε εντός τριών μηνών από την ημερομηνία γέννησής τους. Ωστόσο, **εμείς** θα ζητήσουμε λεπτομέρειες για το ιατρικό ιστορικό του βρέφους, εάν είναι υιοθετημένο ή γεννήθηκε κατόπιν χρήσης οποιασδήποτε μεθόδου υποβοηθούμενης σύλληψης. Σε αυτές τις περιπτώσεις επιφυλασσόμαστε του δικαιώματος να εφαρμόσουμε συγκεκριμένους περιορισμούς στην κάλυψη που θα προσφέρουμε και θα **σας** ενημερώσουμε για τους όρους εκείνους το συντομότερο δυνατό. Αυτό ενδέχεται να περιορίσει την παροχή κάλυψης για υπάρχουσες **ιατρικές καταστάσεις**. Αυτό θα σημαίνει ότι το μωρό σας δεν θα καλύπτεται για **θεραπεία** που διεξάγεται για **ιατρικές καταστάσεις** που υπήρχαν πριν την συμμετοχή του, όπως **θεραπεία** σε Ειδική Μονάδα Φροντίδας Βρεφών και **εσείς** θα είστε υπόχρεως για τις δαπάνες αυτές.

Μπορώ να ακυρώσω το συμβόλαιό μου;

Έχετε στη διάθεσή **σας** μια περίοδο υπαναχώρησης διάρκειας 14 ημερών από τη στιγμή που υπογράφετε το ασφαλιστήριο συμβόλαιο και με κάθε ανανέωση του συμβολαίου. Ανατρέξτε στην ενότητα 14.1(ζ) «Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας».

Πώς μπορώ να πληρώσω το ασφάλιστρό μου;

Κατά την έναρξη κάθε **έτους** του **συμβολαίου** θα υπολογίζουμε το νέο ασφάλιστρό σας και θα **σας** ενημερώνουμε για το ποσό. **Η εταιρεία μας** προσφέρει την επιλογή των μηνιαίων, τριμηνιαίων ή ετήσιων ασφαλιστρών τα οποία μπορείτε να πληρώνετε με πιστωτική κάρτα ή, για περισσότερη ευκολία, με Άμεση Χρέωση για τους κατόχους λογαριασμών σε τράπεζες του **H.B.**, αλλά θα πρέπει **εσείς** να πληρώνετε το ασφάλιστρο σε στερλίνες. Διαφορετικά, **μπορείτε** να πληρώνετε σε τριμηνιαία ή ετήσια βάση με επιταγή. Τα ασφάλιστρα πληρώνονται για κάθε άτομο που καλύπτεται και κάθε αύξηση θα ισχύει κανονικά από την ημερομηνία της ετήσιας ανανέωσης της συμμετοχής σας.

Εάν **εσείς** πληρώνετε με πιστωτική κάρτα ή με Άμεση Χρέωση, **η εταιρεία μας** θα εισπράξει το πρώτο ασφάλιστρο μόλις το **συμβόλαιό** σας τεθεί σε ισχύ και τα υπόλοιπα ασφάλιστρα όταν είναι πληρωτέα.

Ανεξάρτητα από τον τρόπο με τον οποίο **εσείς** καταβάλλετε τα ασφάλιστρα προς το παρόν, έχετε υπ' όψιν ότι μπορείτε να **εσείς** αλλάξετε τρόπο πληρωμής επικοινωνώντας με την ομάδα Προσωπικών Συμβούλων της **εταιρείας μας**.

Να θυμάστε:

Σημαντικό – πρέπει να **εσείς** καταβάλλετε το ασφάλιστρο όταν είναι πληρωτέο. Εάν **εσείς** δεν πληρώσετε, **εμείς** θα ακυρώσουμε το **συμβόλαιό** σας και δεν θα πληρώσουμε οποιαδήποτε **θεραπεία** ή ωφέλημα που δικαιούστε μετά από την ημερομηνία κατά την οποία το ασφάλιστρο ήταν πληρωτέο.

Γιατί κάνετε αλλαγές στα ασφάλιστρό μου;

Εμείς καταβάλλουμε κάθε δυνατή προσπάθεια για να διατηρήσουμε τα ασφάλιστρα σε όσο το δυνατόν χαμηλότερο επίπεδο, χωρίς να μειώσουμε το εύρος και την ποιότητα της κάλυψης που παρέχεται. **Εμείς** αναθεωρούμε τα ασφάλιστρα κάθε **έτος**, προκειμένου να λαμβάνουμε υπ' όψιν διάφορους στατιστικούς παράγοντες. Κανονικά, το κόστος των ασφαλίσεων αυξάνεται σε επίπεδο υψηλότερο από το Δείκτη Τιμών Λιανικής. **Εσείς** θα λάβετε έγκαιρα ειδοποίηση για τυχόν αλλαγές στο ασφάλιστρο. Επίσης, το ασφάλιστρό σας περιλαμβάνει το ποσό οποιουδήποτε φόρου ασφαλίσεων ή άλλων φόρων ή επιβαρύνσεων, που είναι καταβλητέα βάσει της νομοθεσίας όσον αφορά το **συμβόλαιό** σας.

14 Υποβολή παραπόνων και πληροφορίες περί κανονισμών

Τι θα πρέπει να κάνω εάν έχω λόγους να υποβάλω παράπονα;

Στόχος **μας** είναι να σας παρέχουμε ευγενική και αποτελεσματική εξυπηρέτηση.

Το να **σας** παρέχουμε σαφείς και ακριβείς πληροφορίες, είτε γραπτώς είτε τηλεφωνικώς, αποτελεί σημαντικό μέρος της προσπάθειάς **μας**. Η ομάδα Προσωπικών Συμβούλων της **εταιρείας μας** είναι πρόθυμη να **σας** καθοδηγήσει σε ό,τι χρειάζεστε ως μέλος της AXA PPP healthcare. Μπορεί να **σας** βοηθήσει να υποβάλετε μια απαίτηση, καθώς και να **σας** υπενθυμίσει τους περιορισμούς που ενδέχεται να περιλαμβάνει το **συμβόλαιό** σας (μην ξεχνάτε ότι τα συμβόλαια της **εταιρείας** μας δεν προορίζονται για την κάλυψη όλων των ενδεχομένων).

Εάν **εσείς** δεν μείνετε ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που **σας** προσφέραμε ή εάν **εσείς** πιστεύετε ότι **εμείς** έχουμε λάβει λανθασμένη απόφαση, θα προσπαθήσουμε φυσικά να ανταποκριθούμε στις ανησυχίες **σας** – τα σχόλιά σας είναι πολύ σημαντικά για τη βελτίωσή **μας**.

Πρώτο βήμα

Εάν **εσείς** πιστεύετε ότι δεν τύχατε σωστής αντιμετώπισης και δεν είστε ευχαριστημένοι μαζί **μας**, επικοινωνήστε με την ομάδα Προσωπικών Συμβούλων της **εταιρείας μας** με την πρώτη ευκαιρία και θα προσπαθήσουν να επιλύσουν το πρόβλημά σας.

Δεύτερο βήμα

Εάν δεν είστε ευχαριστημένοι με την απάντησή τους, **σας** προσκαλούμε να επικοινωνήσετε μαζί **μας**, κατά προτίμηση γραπτώς, στη διεύθυνση:

Customer Relations Executive, AXA PPP healthcare, Phillips House, Crescent Road, Tunbridge Wells, Kent TN1 2PL, UK

Εμείς θα βεβαιώσουμε τη λήψη των παραπόνων που υποβάλατε, θα τα διερευνήσουμε και θα σας απαντήσουμε εντός δέκα εργάσιμων ημερών από την παραλαβή της επιστολής σας (θα **σας** ενημερώσουμε, φυσικά, σε περίπτωση αναπόφευκτης καθυστέρησης).

Τρίτο βήμα

Εάν είστε **δυσανεστημένοι** από αυτή την απάντηση, **σας** καλούμε να **μας** ενημερώσετε γραπτώς, αναλύοντας το λόγο για τον οποίο πιστεύετε ότι η απόφασή **μας** είναι λανθασμένη σε σχέση με τους όρους και τα ωφελήματα που δικαιούστε από το **συμβόλαιό** σας, στη διεύθυνση:

The Operations Director, AXA PPP healthcare, PPP House, Vale Road, Tunbridge Wells, Kent TN1 1BJ, UK

Εμείς θα βεβαιώσουμε και πάλι τη λήψη της επιστολής σας. Ο Διευθυντής Επιχειρήσεων της **εταιρείας μας** θα διερευνήσει -εκ μέρους του Διευθυντή της **εταιρείας μας** - τα παράπονά **σας** και θα σας απαντήσει εντός είκοσι εργάσιμων ημερών από την παραλαβή της επιστολής σας (θα **σας** ενημερώσουμε, φυσικά, σε περίπτωση αναπόφευκτης καθυστέρησης).

Τέταρτο βήμα

Ο Συνήγορος του Πολίτη σε Οικονομικά Θέματα θα εξετάσει τα παράπονά **σας**, εάν εξακολουθείτε να είστε δυσαρεστημένοι μετά την έκδοση της τελικής απόφασης από τον Διευθυντή Επιχειρήσεων της εταιρείας μας. Η διεύθυνση στην οποία πρέπει να γράψετε είναι:

The Financial Ombudsman Service

South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, London E14 9SR

Τηλέφωνο: 0845 080 1800 στο Ηνωμένο Βασίλειο και τα Νησιά της Μάγχης

Τηλέφωνο: +44 (0) 20 7964 0198 εκτός Ηνωμένου Βασιλείου και των Νησιών της Μάγχης

Διεύθυνση ηλ. ταχυδρομείου: complaint.info@financial-ombudsman.org.uk

Διαδικτυακή τοποθεσία: www.financial-ombudsman.org.uk

Ο Συνήγορος του Πολίτη θα εξετάσει παράπονα σχετικά με:

- τον τρόπο με τον οποίο το **συμβόλαιο** πουλήθηκε σε **εσάς**
- τη διαχείριση του **συμβολαίου** σας
- το χειρισμό τυχόν απαιτήσεων.

Έχετε υπ' όψιν ότι, υπό κανονικές συνθήκες, ο Συνήγορος του Πολίτη δεν διερευνά παράπονα που αφορούν αποφάσεις της ασφαλιστικής εταιρείας για εμπορικά ζητήματα.

Ο Συνήγορος του Πολίτη συνήθως δεν διερευνά παράπονα σε περίπτωση που:

- **εμείς** εκδώσαμε τελική απόφαση πριν από έξι μήνες
- έχουν εκκινήσει ήδη (ή είχαν εκκινήσει) δικαστικές ενέργειες στο πλαίσιο της υπόθεσής σας.

Καμία από τις διαδικασίες αυτές δεν επηρεάζει τα νόμιμα δικαιώματά σας.

Ποια προστασία έχω βάσει της νομοθεσίας;

Αρχή Χρηματοοικονομικών Υπηρεσιών (Financial Services Authority- FSA)

Η AXA PPP healthcare έχει λάβει εξουσιοδότηση και υπόκειται στην εποπτεία της Αρχής Χρηματοοικονομικών Υπηρεσιών (Financial Services Authority- FSA).

Η FSA ιδρύθηκε από την κυβέρνηση με στόχο τη θέσπιση ενός ενιαίου ρυθμιστικού φορέα σε σχέση με τις χρηματοοικονομικές υπηρεσίες. Η FSA δεσμεύεται για τη διασφάλιση του κατάλληλου βαθμού προστασίας των καταναλωτών και την προαγωγή της ενημέρωσης του κοινού σχετικά με το χρηματοοικονομικό σύστημα.

Η FSA έχει ορίσει κανόνες που ρυθμίζουν την πώληση και τη διαχείριση των γενικών ασφαλειών, τους οποίους εμείς πρέπει να ακολουθούμε στη συνεργασία **μας** μαζί **σας**. Ο αριθμός μητρώου FSA της **εταιρείας μας** είναι 202947.

Μπορείτε να ελέγξετε τις πληροφορίες αυτές από το μητρώο της FSA, το οποίο θα βρείτε στη διαδικτυακή τοποθεσία www.fsa.gov.uk/register ή επικοινωνώντας με την FSA στον αριθμό 0845 6061234 για το **Η.Β.** και τα **Νησιά της Μάγχης** ή στον αριθμό +44 (0) 20 7066 1000 εάν **εσείς** καλείτε εκτός **Η.Β.** και **Νησιών της Μάγχης**.

Εμείς παρέχουμε συμβουλές και πληροφορίες αποκλειστικά για τα προϊόντα της **εταιρείας μας**. Εάν θέλετε περισσότερες λεπτομέρειες για οποιοδήποτε προϊόν **μας**, επικοινωνήστε μαζί **μας**.

Πρόγραμμα Αποζημίωσης Οικονομικών Υπηρεσιών (FSCS)

Η **εταιρεία μας** είναι επίσης μέλος του Προγράμματος Αποζημίωσης Οικονομικών Υπηρεσιών που θεσπίστηκε στο πλαίσιο του Νόμου περί Χρηματοοικονομικών Υπηρεσιών και Αγορών

του 2000. Το πρόγραμμα διευθύνεται από την εταιρεία Financial Services Compensation Scheme Limited (FSCS), έναν φορέα που συστάθηκε από την FSA. Το πρόγραμμα διέπεται από τους κανονισμούς της FSA, η οποία ενδέχεται να λάβει μέτρα σε περίπτωση που αποφασίσει ότι κάποια ασφαλιστική **εταιρεία** αντιμετωπίζει τόσο σοβαρές οικονομικές δυσκολίες, που ενδέχεται να μην είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις των ασφαλιστήριων συμβολαίων της.

Το πρόγραμμα ενδέχεται να συνδράμει παρέχοντας οικονομική υποστήριξη στην ασφαλιστική εταιρεία, μεταβιβάζοντας ασφαλιστήρια συμβόλαια σε άλλη ασφαλιστική εταιρεία ή καταβάλλοντας αποζημίωση σε κατόχους συμβολαίων **που πληρούν τις προϋποθέσεις**.

Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη λειτουργία του προγράμματος διατίθενται στη διαδικτυακή τοποθεσία της FSCS: www.fscs.org.uk

Πώς προστατεύονται τα προσωπικά μου δεδομένα;

Βεβαιωθείτε ότι θα δείξετε **εσείς** τις παρακάτω πληροφορίες σε όσους καλύπτει το **συμβόλαιό** σας ή θα τους γνωστοποιήσετε το περιεχόμενό του.

Θα χειριστούμε όλα τα προσωπικά στοιχεία που **μας** παρέχετε με αυστηρώς εμπιστευτικό τρόπο, όπως απαιτείται από το Νόμο περί Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του 1998. **Εμείς** ενδέχεται να στείλουμε προσωπικά και ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα εμπιστευτικά σε άλλες εταιρείες ή μεσάζοντες, για επεξεργασία, συμπεριλαμβανομένων των εταιρειών που βρίσκονται εκτός του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου. Επεκτείνουμε το ίδιο καθήκον εμπιστευτικότητας σε οποιουδήποτε τρίτους στους οποίους ενδέχεται **εμείς** να παραχωρήσουμε τη διαχείριση του **συμβολαίου** σας, συμπεριλαμβανομένων των εταιρειών που εδρεύουν εκτός του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου.

Θα διατηρούμε και θα χρησιμοποιούμε στοιχεία **σας**, καθώς και στοιχεία οποιουδήποτε **μέλους της οικογένειας** που καλύπτεται από το **συμβόλαιό** σας, τα οποία παρέχονται από **εσάς** ή από τα συγκεκριμένα **μέλη της οικογένειας** και από τους παρόχους ιατρικής περίθαλψης ή από τον εργοδότη σας (εάν υπάρχουν) για να παρέχουμε τις υπηρεσίες που ορίζονται σύμφωνα με τους όρους του παρόντος **συμβολαίου**, για να διαχειριζόμαστε το **συμβόλαιό** σας και να αναπτύσσουμε σχέσεις με τους πελάτες καθώς και να τους προσφέρουμε υπηρεσίες. Σε ορισμένες περιπτώσεις ενδέχεται να ζητήσουμε από τους παρόχους ιατρικών υπηρεσιών (ή τρίτους) να **μας** δώσουν περαιτέρω πληροφορίες.

Όταν **μας** παρέχετε πληροφορίες για τα **μέλη της οικογένειάς σας**, θεωρούμε ότι επιβεβαιώνετε τη συγκατάθεσή σας για τη χρήση τους. Καθώς ο **κάτοχος του συμβολαίου** ενεργεί για λογαριασμό οποιουδήποτε **μέλους της οικογένειας** που καλύπτεται από το παρόν **συμβόλαιο**, θα στέλνουμε όλη την αλληλογραφία που σχετίζεται με το **συμβόλαιο**, συμπεριλαμβανομένης της αλληλογραφίας για τυχόν απαιτήσεις, στον **κάτοχο του συμβολαίου**, εκτός εάν **μας** δοθεί διαφορετική εντολή.

Υπό συγκεκριμένες συνθήκες, η νομοθεσία **μας** υποχρεώνει να αποκαλύπτουμε στοιχεία σε αρχές επιβολής του νόμου σε περίπτωση υπόνοιας ψευδών δηλώσεων και άλλα εγκλήματα. **Εμείς** θα αποκαλύψουμε στοιχεία σε τρίτα μέρη συμπεριλαμβανομένων άλλων ασφαλιστών με σκοπό την πρόληψη ή τη διερεύνηση εγκλημάτων συμπεριλαμβανομένης της σχετικής υπόνοιας για απάτες ή υποβολή άλλων ανάρμοστων απαιτήσεων. Επίσης, στο παραπάνω δικαίωμα περιλαμβάνεται η προσθήκη μη ιατρικών πληροφοριών σε μια βάση δεδομένων όπου έχουν δυνατότητα πρόσβασης άλλοι ασφαλιστές και αρχές επιβολής του νόμου. Επιπλέον, είμαστε υποχρεωμένοι να ενημερώνουμε το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο ή οποιαδήποτε άλλη αντίστοιχη ρυθμιστική αρχή για θέματα για τα οποία έχουμε λόγο να πιστεύουμε ότι η φυσική κατάσταση ενός **ιατρού** παρουσιάζει προβλήματα που ενδέχεται να επηρεάσουν την εργασία του.

Εφόσον **εσείς** συμφωνήσετε, **εμείς** και οποιαδήποτε εταιρεία του Ομίλου AXA που ορίσαμε την περίοδο εκείνη, δύναται να χρησιμοποιεί τα στοιχεία που παρέχετε σε **εμάς** για να επικοινωνούμε μαζί **σας** μέσω συμβατικού ταχυδρομείου, ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή τηλεφωνικά σχετικά με στοιχεία άλλων προϊόντων και υπηρεσιών. Με τη συναίνεσή **σας** ενδέχεται να γνωστοποιήσουμε ορισμένα από τα προσωπικά σας δεδομένα σε άλλες εταιρείες του Ομίλου AXA και σε άλλες προσεκτικά επιλεγμένες εταιρείες που εδρεύουν εντός του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου, προκειμένου να τους δώσουμε τη δυνατότητα να επικοινωνούν μαζί **σας** και να **σας** ενημερώνουν για τα προϊόντα και τις υπηρεσίες τους και, εάν είναι απαραίτητο, να τα παρέχουν. Εάν αλλάξετε γνώμη, επικοινωνήστε με την ομάδα των Προσωπικών Συμβούλων της **εταιρείας μας** ή γράψτε **μας** στη διεύθυνση στο οπισθόφυλλο αυτού του εγχειριδίου, διαφορετικά, θεωρούμε ότι είστε ικανοποιημένοι με αυτό τον τρόπο επικοινωνίας.

Νόμιμα δικαιώματα και υποχρεώσεις

14.1 Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις σας

- (α) Το **συμβόλαιό** σας ισχύει για ένα **έτος**. Πριν από τη λήξη αυτού του διαστήματος, θα ενημερώσουμε γραπτώς τον **κάτοχο του συμβολαίου** σχετικά με τους όρους οι οποίοι θα συνεχίσουν να διέπουν το **συμβόλαιο**, με την προϋπόθεση ότι το **συμβόλαιό σας** είναι ακόμη διαθέσιμο. Εάν **εμείς** δεν λάβουμε καμία απάντηση από τον **κάτοχο του συμβολαίου**, **εμείς** θα ανανεώσουμε το **συμβόλαιό** σας σύμφωνα με τους νέους όρους. Σε περίπτωση που **έχετε** επιλέξει να καταβάλλετε τα ασφάλιστρα με άμεση χρέωση, συνεχείς πληρωμές με πιστωτική κάρτα ή με άλλο τρόπο πληρωμής, **εμείς** ενδέχεται να συνεχίσουμε να εισπράτουμε τα ασφάλιστρα με τον ίδιο τρόπο κατά τη διάρκεια του νέου **έτους** του **συμβολαίου**. Έχετε υπ' όψιν ότι, εάν δεν **λάβουμε** τα ασφάλιστρα του συμβολαίου, δεν θα **έχετε** κάλυψη. Εάν το **συμβόλαιο** που **είχατε** συνάψει δεν είναι πλέον διαθέσιμο, θα **καταβάλλουμε** κάθε δυνατή προσπάθεια για να **σας** προσφέρουμε κάλυψη με εναλλακτικό **συμβόλαιο**.
- (β) **Εσείς** πρέπει να διασφαλίζετε ότι όποτε **σας** ζητούμε να μας παρέχετε στοιχεία, τα στοιχεία που **εσείς μας** δίνετε πρέπει να είναι επαρκώς αληθή, ακριβή και πλήρη, ώστε **εμείς** να γνωρίζουμε σε ικανοποιητικό βαθμό τον κίνδυνο που αναλαμβάνουμε. Εάν η **εταιρεία μας** ανακαλύψει αργότερα ότι τα στοιχεία δεν είναι αληθή, μπορεί να ακυρώσει το **συμβόλαιο** ή να εφαρμόσει διαφορετικούς όρους κάλυψης που θα συμβαδίζουν με τους όρους που **εμείς** θα είχαμε εφαρμόσει, εάν οι πληροφορίες είχαν παρουσιαστεί σε **εμάς** ειλικρινώς από την αρχή.
- (γ) **Εσείς** πρέπει να **μας** ενημερώσετε γραπτώς για τυχόν αλλαγή της διεύθυνσής **σας**.
- (δ) Το παρόν **συμβόλαιο** διατίθεται μόνο για όσους κατοικούν εκτός **H.B.**, επομένως **εσείς** θα πρέπει να **μας** ενημερώσετε αμέσως εάν **εσείς** ή κάποιο **μέλος της οικογένειάς σας** κατοικεί στο **H.B.**, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι θα βρίσκεται στο **H.B.** για περισσότερους από έξι μήνες το **χρόνο**. **Εσείς** πρέπει να **μας** ενημερώσετε εάν **έχετε** αλλάξει την **κύρια χώρα διαμονής σας**, ακόμη και αν **εσείς** ζείτε στην ίδια **περιοχή**. Εάν **εσείς** δεν **μας** ενημερώσετε, **εμείς** μπορούμε να αρνηθούμε την καταβολή των ωφελημάτων.
- (ε) Μόνον ο **κάτοχος του συμβολαίου** και **εμείς** έχουμε νόμιμα δικαιώματα σύμφωνα με το παρόν **συμβόλαιο** και δεν υπάρχει πρόθεση εκτέλεσης οποιουδήποτε άρθρου ή όρου του παρόντος **συμβολαίου**, βάσει του Νόμου περί Συμβάσεων (Δικαιώματα Τρίτων) του 1999, από οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο συμπεριλαμβανομένου οποιουδήποτε **μέλους της οικογένειας**.

- (στ) Πρέπει να **καταβάλλετε** το ασφάλιστρο όταν είναι πληρωτέο, σε στερλίνες. **Εμείς** θα καθορίζουμε το ποσό κατά την έναρξη κάθε **έτους** και θα **σας** ενημερώνουμε σχετικά. **Εσείς** μπορείτε να το πληρώνετε με τον τρόπο που **εσείς** συμφωνήσατε μαζί **μας**. **Εμείς** μπορούμε να αλλάξουμε το ποσό του ασφάλιστρου σας κατά τη διάρκεια του έτους, ώστε να αντικατοπτρίζει οποιαδήποτε αλλαγή του φόρου ασφαλιστρών ή άλλους φόρους, αλλά **εμείς** θα **σας** ενημερώνουμε για την αλλαγή. Εάν οι πληρωμές των ασφαλιστρών δεν γίνονται εγκαίρως, το **συμβόλαιό** σας θα λήξει.
- (ζ) Ο **κάτοχος του συμβολαίου** δύναται να ακυρώσει το **συμβόλαιο** αυτό επικοινωνώντας μαζί **μας** κατά την περίοδο υπαναχώρησης διάρκειας 14 ημερών. Η περίοδος υπαναχώρησης διάρκειας 14 ημερών ξεκινά από την ημέρα σύναψης του συμβολαίου ή την ημέρα που θα λάβετε τους πλήρεις όρους και τις προϋποθέσεις του **συμβολαίου**, όποιο από τα δύο συμβεί αργότερα. Η περίοδος υπαναχώρησης διάρκειας 14 ημερών ισχύει επίσης μετά από κάθε ημερομηνία ανανέωσης. Εάν το συμβόλαιο ακυρωθεί κατά τη διάρκεια της περιόδου υπαναχώρησης των 14 ημερών, **εμείς** θα επιστρέψουμε οποιοδήποτε ασφάλιστρο έχει καταβληθεί για το **συμβόλαιο** με την προϋπόθεση ότι δεν έχουν υποβληθεί απαιτήσεις επί του **συμβολαίου** σχετικά με την περίοδο κάλυψης πριν από την ακύρωση (η οποία δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 14 ημέρες κάλυψης). Εάν **εσείς** επιβαρυνθείτε με έξοδα απαιτήσεων που **πληρούν τις προϋποθέσεις** κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης περιόδου κάλυψης, **εμείς** διατηρούμε το δικαίωμα να ζητήσουμε από τον **κάτοχο του συμβολαίου** να πληρώσει για τις πραγματικές υπηρεσίες που **εμείς** παρείχαμε σε σχέση με το **συμβόλαιο** στο βαθμό που επιτρέπεται από το νόμο, καθώς και τυχόν επιστροφή ασφάλιστρου που προβλέπεται στο συμβόλαιο. Εάν ο **κάτοχος του συμβολαίου** δεν ακυρώσει το **συμβόλαιο** εντός της περιόδου ακύρωσης, το **συμβόλαιο** θα εξακολουθήσει να ισχύει με βάση τους όρους που αναφέρονται σε αυτό το φυλλάδιο για το υπόλοιπο **έτος** του **συμβολαίου**.
- (η) **Εσείς** και **εμείς** είμαστε ελεύθεροι να επιλέξουμε τη νομοθεσία που ισχύει για αυτό το **συμβόλαιο**. Σε περίπτωση απουσίας μιας συμφωνίας για το αντίθετο, ισχύει η νομοθεσία της Αγγλίας και της Ουαλίας.
- (θ) Εάν **εσείς** διαμένετε εκτός του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου, και **εσείς** και **εμείς** συμφωνούμε αμετάκλητα να υπαγόμαστε στην αποκλειστική δικαιοδοσία των δικαστηρίων της Αγγλίας και της Ουαλίας.

14.2 Δικαιώματα και υποχρεώσεις της AXA PPP healthcare

- (α) Η **εταιρεία μας** θα ενημερώσει γραπτώς τον **κάτοχο του συμβολαίου** για την ημερομηνία έναρξης ισχύος του **συμβολαίου**, καθώς και για κάθε ειδικό όρο που ισχύει σχετικά με αυτό. Η **εταιρεία μας** μπορεί να αρνηθεί να παρέχει κάλυψη και θα **σας** ενημερώσουμε εάν **εμείς** λάβουμε παρόμοια απόφαση.
- (β) **Εμείς** μπορούμε να αρνηθούμε να προσθέσουμε ένα **μέλος της οικογένειας** στο **συμβόλαιο** και θα ενημερώσουμε τον **κάτοχο του συμβολαίου** εάν λάβουμε παρόμοια απόφαση.
- (γ) **Εμείς** θα καταβάλουμε τα έξοδα που **πληρούν τις προϋποθέσεις**, τα οποία προέκυψαν κατά τη διάρκεια του χρονικού διαστήματος για το οποίο έχουν καταβληθεί τα ασφάλιστρα.
- (δ) Εάν **εσείς** παραβείτε οποιονδήποτε από τις όρους του **συμβολαίου**, που η **εταιρεία μας** θεωρεί θεμελιώδη, η **εταιρεία μας** (σύμφωνα με τον όρο 14.2(ε)) μπορεί να πράξει ένα από τα ακόλουθα:
- να αρνηθεί την καταβολή οποιουδήποτε ωφελήματος ή, εάν έχουμε ήδη καταβάλει τα ωφελήματα, ενδέχεται να **τις** ζητήσουμε την επιστροφή του χρηματικού ποσού

που αναλογεί στη ζημία που προκλήθηκε σε εμάς από τη δική **σας** αθέτηση του όρου,

- να αρνηθεί την ανανέωση του **συμβολαίου** σας,
- να επιβάλλει διαφορετικούς όρους σε οποιαδήποτε κάλυψη **εμείς** είμαστε διατεθειμένοι να παρέχουμε,
- να διακόψει αμέσως το **συμβόλαιό** σας και τις τις καλύψεις που συνδέονται με αυτό.

- (ε) Εάν **εσείς** (ή οποιοσδήποτε ενεργεί εκμέρους σας) εγείρει απαίτηση σύμφωνα με το **ασφαλιστήριο συμβόλαιό** σας γνωρίζοντας ότι είναι ααληθής ή δόλια, η **εταιρεία μας** μπορεί να αρνηθεί να πραγματοποιήσει καταβολές παροχών για την απαίτηση εκείνη και ενδέχεται να κηρύξει το **ασφαλιστήριο συμβόλαιο** άκυρο, ως να μην υπήρχε ποτέ. Όταν έχουμε ήδη καταβάλει απαίτηση η οποία εκ των υστέρων απεδείχθη ότι ήταν δόλια, (είτε πλήρως είτε εν μέρει), θα είμαστε σε θέση να ανακτήσουμε αυτά τα ποσά από **σας**.
- (στ) Η εταιρεία **σας** μπορεί να τροποποιήσει όλο το **συμβόλαιο** ή οποιοδήποτε τμήμα του με αφετηρία οποιαδήποτε ημερομηνία ανανέωσης. **Εμείς** θα σας ειδοποιήσουμε εγκαίρως για σας αλλαγές σας όρους του **συμβολαίου** σας.
- (ζ) Το παρόν **συμβόλαιο** έχει συνταχθεί στα Αγγλικά και όλες οι υπόλοιπες πληροφορίες και οι ανακοινώσεις που θα λαμβάνετε σχετικά με αυτό το **συμβόλαιο** θα είναι επίσης στα Αγγλικά, εκτός εάν υπάρχει διαφορετική γραπτή συμφωνία μεταξύ **μας**.

15 Γλωσσάρι

Σε όλο το εγχειρίδιο υπάρχουν ορισμένες λέξεις και φράσεις που εμφανίζονται με **έντονους χαρακτήρες**. Όπου εμφανίζονται οι λέξεις αυτές έχουν ειδική ιατρική ή νομική έννοια. Οι έννοιες αυτές ορίζονται παρακάτω.

Για την καλύτερη κατανόηση του πελάτη, ορισμένες λέξεις και φράσεις που υπάρχουν σε αυτό το γλωσσάρι έχουν εγκριθεί από τη Βρετανική Ένωση Ασφαλιστών και την εκστρατεία Plain English Campaign. Οι συγκεκριμένοι όροι θα χρησιμοποιούνται συχνά από τους περισσότερους ιατρικούς ασφαλιστές και τονίζονται παρακάτω με το σύμβολο **◆**.

ασθενής ημερήσιας νοσηλείας **◆** - ένας ασθενής που γίνεται δεκτός σε ένα **νοσοκομείο** ή σε μια **μονάδα ημερήσιας νοσηλείας** γιατί χρειάζεται κάποιο διάστημα ανάρρωσης με επίβλεψη, αλλά δεν χρειάζεται να διανυκτερεύσει.

ασθενής νοσοκομειακής περίθαλψης (εσωτερικός ασθενής) **◆** - ένας ασθενής που γίνεται δεκτός σε ένα **νοσοκομείο** και παραμένει για μια ή περισσότερες νύχτες, για ιατρικούς λόγους.

δευτερεύων ιατρός **◆** - όταν η **θεραπεία** λαμβάνεται εκτός **Ηνωμένου Βασιλείου**, πρόκειται για ιατρό που διαθέτει τα κατάλληλα ακαδημαϊκά προσόντα και έχει άδεια άσκησης του επαγγέλματος του ομοιοπαθητικού, του βελονιστή, του οστεοπαθητικού ή του χειροπράκτη.

Μόνο για **θεραπεία** που λαμβάνεται εντός **Ηνωμένου Βασιλείου**:

ιατρός με πλήρη άδεια σύμφωνα με την ιατρική νομοθεσία, που ειδικεύεται στην ομοιοπαθητική ή στο βελονισμό ή που έχει άδεια άσκησης του επαγγέλματος του οστεοπαθητικού ή του χειροπράκτη που είναι εγγεγραμμένος στα μητρώα σύμφωνα με το σχετικό νόμο, και ο οποίος, σε κάθε περίπτωση, πληροί στο πεδίο ειδίκευσής του/της τα κριτήρια της **εταιρείας μας** για την αναγνώριση **δευτερευόντων ιατρών** για τους σκοπούς καταβολής των ωφελημάτων και τον οποίο **εμείς** έχουμε ενημερώσει γραπτώς ότι τον αναγνωρίζουμε επί του παρόντος ως **δευτερεύοντα ιατρό** για τους σκοπούς καταβολής των ωφελημάτων σε αυτό το πεδίο, και μόνο για την παροχή **θεραπείας σε εξωτερικούς ασθενείς**.

Η πλήρης επεξήγηση των κριτηρίων που η **εταιρεία μας** χρησιμοποιεί για να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με τα θέματα αυτά είναι διαθέσιμη κατόπιν απαίτησης.

διαγνωστικές εξετάσεις **◆** - εξετάσεις, όπως ακτινογραφίες ή εξετάσεις αίματος, για να εντοπιστεί η αιτία των συμπτωμάτων σας.

διαγνωστικό κέντρο - ένα κέντρο στο **Ηνωμένο Βασίλειο** στο οποίο πραγματοποιούνται αξονικές τομογραφίες, μαγνητικές τομογραφίες και τομογραφίες με εκπομπή ποζιτρονίων για **εξωτερικούς ασθενείς**. Τα κέντρα που εμείς αναγνωρίζουμε για τους σκοπούς καταβολής των ωφελημάτων αναφέρονται στην ενότητα για το **Ηνωμένο Βασίλειο** του **Διεθνούς Καταλόγου Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων**.

Διεθνής Κατάλογος Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων - ένα έγγραφο, το οποίο εκδίδει η **εταιρεία μας** και περιλαμβάνει τα **νοσοκομεία** με τα οποία **εμείς** έχουμε συνάψει συμφωνία για απευθείας διακανονισμό. Επίσης, αναφέρει τα ιδιωτικά **νοσοκομεία**, τις **μονάδες ημερήσιας νοσηλείας** και τα **διαγνωστικά κέντρα** στο **H.B.**, τα οποία καλύπτονται από το **συμβόλαιο**. Οι εγκαταστάσεις που αναφέρονται ενδέχεται να αλλάζουν από καιρό σε καιρό και, επομένως, **εσείς** θα πρέπει να επικοινωνείτε πάντα μαζί **μας** πριν κανονίσετε να λάβετε οποιαδήποτε **θεραπεία**.

διορισθείς ιατρός - ο **ιατρός** που επιλέχτηκε από **εμάς** για να **μας** ενημερώσει για την **ιατρική κατάσταση** σας και την ανάγκη να χρησιμοποιηθεί η **υπηρεσία διακομιδής ή επαναπατρισμού**.

εμείς/εμάς/μας/η εταιρεία μας - η AXA PPP healthcare.

εξωτερικός ασθενής ♦ - ένας ασθενής που εισάγεται σε ένα **νοσοκομείο**, ιατρείο ή κλινική για **εξωτερικούς ασθενείς** και δεν γίνεται δεκτός ως **ασθενής ημερήσιας περίθαλψης** ή **ασθενής νοσοκομειακής περίθαλψης**.

εσείς/εσάς/σας - ο **κάτοχος του συμβολαίου** και κάθε **μέλος της οικογένειας** που αναφέρεται στην κατάσταση συμμετοχής του **κατόχου του συμβολαίου**.

έτος - δώδεκα ημερολογιακοί μήνες από την ημερομηνία έναρξης ισχύος του **συμβολαίου** σας ή την τελευταία ημερομηνία ανανέωσής του.

ζώνη - ένα από τα παρακάτω:

ζώνη 1 - παγκόσμια

ζώνη 2: - παγκόσμια, εξαιρουμένων των Η.Π.Α. και του Καναδά

ζώνη 3: - Άγιος Μαρίνος, Αζερμπαϊτζάν, Αλβανία, Ανδόρρα, Αρμενία, Αυστρία, Βέλγιο, Βοσνία και Ερζεγοβίνη, Βουλγαρία, Γαλλία, Γερμανία, Γεωργία, Γιβραλτάρ, Γροιλανδία, Δανία, Δημοκρατία της Σλοβακίας, Δημοκρατία της Τσεχίας, Ελβετία, Ελλάδα, Εσθονία, Ηνωμένο Βασίλειο Μεγάλης Βρετανίας και Βόρειας Ιρλανδίας, Ιρλανδία, Ισλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Καζακστάν, Κιργιζία, Κράτος της πόλης του Βατικανού, Κροατία, Κυπριακή Δημοκρατία (συμπεριλαμβανομένων των στρατιωτικών βάσεων στο Ακρωτήρι και τη Δεκέλεια), Λεττονία, Λευκορωσία, Λιθουανία, Λιχτενστάιν, Λουξεμβούργο, Μάλτα, Μολδαβία, Μονακό, Νησιά της Μάγχης, Νησιά Φαρόε, Νήσος Μαν, Νορβηγία, Ολλανδία, Ουγγαρία, Ουζμπεκιστάν, Ουκρανία, Πολωνία, Πορτογαλία (συμπεριλαμβανομένης της Μαδέρας), Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας, Ρουμανία, Ρωσική Ομοσπονδία, Σερβία και Μαυροβούνιο, Σλοβενία, Σουηδία, Τατζικιστάν, Τουρκία, «Τουρκική Δημοκρατία της Βόρειας Κύπρου», Τουρκμενιστάν, Φινλανδία.

ζώνη κάλυψης ♦ - η **ζώνη** (1, 2 ή 3) στην οποία βρίσκεται η **κύρια χώρα διαμονής** σας.

Ηνωμένο Βασίλειο (Η.Β.) - Η Μεγάλη Βρετανία και η Βόρεια Ιρλανδία, συμπεριλαμβανομένων των Νησιών της Μάγχης και της Νήσου του Μαν.

θεραπεία ♦ - χειρουργικές ή ιατρικές υπηρεσίες (συμπεριλαμβανομένων των **διαγνωστικών εξετάσεων**) που απαιτούνται για τη διάγνωση, την ανακούφιση ή τη θεραπεία νόσου, ασθένειας ή τραυματισμού.

ιατρική κατάσταση - οποιαδήποτε νόσος, ασθένεια ή τραυματισμός, συμπεριλαμβανομένης ψυχιατρικής νόσου.

ιατρός - όταν η **θεραπεία** λαμβάνεται εκτός Μεγάλης Βρετανίας και Βόρειας Ιρλανδίας, συμπεριλαμβανομένης της Νήσου Μαν, είναι το πρόσωπο που διαθέτει τα απαραίτητα πτυχία για την εξάσκηση της ιατρικής επιστήμης και της χειρουργικής, κατόπιν φοίτησης σε αναγνωρισμένη ιατρική σχολή και το οποίο διαθέτει άδεια άσκησης του επαγγέλματος του ιατρού από την αντίστοιχη αρχή της χώρας όπου παρέχεται η **θεραπεία**. Με τον όρο «αναγνωρισμένη ιατρική σχολή» **εμείς** εννοούμε «ιατρική σχολή καταγεγραμμένη στον τρέχοντα Παγκόσμιο Κατάλογο Ιατρικών Σχολών που εκδίδεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας».

Όταν η **θεραπεία** διεξάγεται στη Μεγάλη Βρετανία και τη Βόρεια Ιρλανδία, συμπεριλαμβανομένης της Νήσου Μαν, είναι ο ιατρός ή ο οδοντίατρος με πλήρη άδεια σύμφωνα με την ιατρική νομοθεσία, ο οποίος πληροί τα κριτήρια **της εταιρείας μας** για την αναγνώριση ειδικού για τους σκοπούς των ωφελημάτων και τον οποίο **εμείς** έχουμε ενημερώσει γραπτώς ότι τον αναγνωρίζουμε επί του παρόντος ως ειδικό για τους σκοπούς χορήγησης των ωφελημάτων στο πεδίο ειδικότητάς του.

Μόνο για **θεραπεία ως εξωτερικός ασθενής** στην Μεγάλη Βρετανία και Βόρεια Ιρλανδία, συμπεριλαμβανομένης της νήσου του Μαν:

ιατρός με πλήρη άδεια σύμφωνα με την ιατρική νομοθεσία, ο οποίος ειδικεύεται στην ψυχιατρική και τη σεξολογία, την ορθοπαιδική ή την αθλητική ή χειρουργός ποδίατρος, ο οποίος είναι εγγεγραμμένος στα μητρώα σύμφωνα με το σχετικό νόμο, και ο οποίος, σε κάθε περίπτωση, πληροί στο

πεδίο ειδικεισής του τα κριτήρια που η εταιρεία μας έχει θέσει αναφορικά με την περιορισμένη αναγνώριση ειδικών και τον οποίο **εμείς** έχουμε ενημερώσει γραπτώς ότι τον αναγνωρίζουμε επί του παρόντος ως ειδικό για τους σκοπούς καταβολής των ωφελημάτων σε αυτό το πεδίο, και μόνο για την παροχή **θεραπείας σε εξωτερικούς ασθενείς**.

καρκίνος ♦ - ένας κακοήθης όγκος, ιστοί ή κύτταρα, που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτη ανάπτυξη και εξάπλωση των κακοήθων κυττάρων και εισβολή στους ιστούς.

κάτοχος συμβολαίου - το πρώτο πρόσωπο που αναφέρεται στην κατάσταση συμμετοχής του **συμβολαίου**. Εάν το πρώτο πρόσωπο που αναφέρεται στη δήλωση συμμετοχής του **συμβολαίου** είναι κάτω των 18 ετών, **εμείς** θα θεωρήσουμε **κάτοχο του συμβολαίου** το πρόσωπο που καταβάλλει τα ασφάλιστρα, και σε αυτή την περίπτωση ο **κάτοχος του συμβολαίου** δεν θα δικαιούται κάλυψη με βάση αυτό το **συμβόλαιο**.

κύρια χώρα διαμονής - η χώρα στην οποία ο **κάτοχος του συμβολαίου** ζει ή σκοπεύει να ζει κατά το μεγαλύτερο μέρος του **έτους**. Πρέπει να βρίσκεται εκτός Ηνωμένου Βασιλείου και θα εμφανίζεται ως η διεύθυνσή σας στα αρχεία **μας**.

μέλος της οικογένειας ♦ - (1) ο σύζυγος ή η σύζυγος ή σύντροφος από πολιτικό γάμο ή το πρόσωπο (ανεξάρτητα από το εάν είναι του ίδιου φύλου) με το οποίο συζεί μόνιμα ο **κάτοχος του συμβολαίου** στο πλαίσιο παρόμοιας σχέσης και (2) τα άγαμα παιδιά του **κατόχου του συμβολαίου** (ή τα παιδιά του συντρόφου του/της).

μονάδα - νοσοκομείο ή κέντρο με το οποίο **εμείς** έχουμε συνάψει **συμφωνία** παροχής συγκεκριμένων ιατρικών υπηρεσιών και οι οποίες παρατίθενται στην ενότητα για το **H.B.** του **Διεθνούς Καταλόγου Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων**. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η **θεραπεία** μπορεί να πραγματοποιηθεί σε νοσηλευτικό ίδρυμα το οποίο παρέχει **θεραπεία** στο πλαίσιο συμφωνίας με **μονάδα** που παρατίθεται στην ενότητα για το **H.B.** του **Διεθνούς Καταλόγου Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων**.

μονάδα ημερήσιας νοσηλείας - ένα κέντρο όπου διεξάγεται **ημερήσια νοσηλεία**. Οι μονάδες που η **εταιρεία μας** αναγνωρίζει στο **H.B.** για καταβολή ωφελημάτων για **θεραπεία** αναφέρονται στην ενότητα για το **H.B.** του **Διεθνούς Καταλόγου Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων**.

νοσοκομείο - οποιοδήποτε ίδρυμα, το οποίο έχει άδεια ως ιατρικό ή χειρουργικό **νοσοκομείο** στη χώρα στην οποία λειτουργεί, εκτός από το Ηνωμένο Βασίλειο όταν το ίδρυμα αναφέρεται ως **νοσοκομείο** στην ενότητα για το **Ηνωμένο Βασίλειο** του **Διεθνούς Καταλόγου Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων**.

οξεία κατάσταση ♦ - νόσος, ασθένεια ή τραυματισμός που είναι πιθανόν να ανταποκριθεί γρήγορα στη **θεραπεία**, η οποία έχει στόχο να **σας** επαναφέρει στην κατάσταση της υγείας στην οποία **εσείς** βρισκόσασταν πριν από τη νόσο, την ασθένεια ή τον τραυματισμό ή η οποία σας οδηγεί σε πλήρη ανάρρωση.

πίνακας ωφελημάτων - ο πίνακας που ισχύει για αυτό το **συμβόλαιο**, ο οποίος περιλαμβάνει τα μέγιστα ωφελήματα που η **εταιρεία μας** θα καταβάλλει σε **εσάς**.

πληρούν τις προϋποθέσεις - οι **θεραπείες** και οι χρεώσεις που καλύπτονται από το **συμβόλαιο** σας. Προκειμένου να προσδιοριστεί εάν καλύπτεται η **θεραπεία** ή η χρέωση, θα πρέπει να διαβάσετε όλες τις ενότητες του **συμβολαίου** σας, οι οποίες υπόκεινται στους όρους, τα ωφελήματα και τις εξαιρέσεις που αναφέρονται στο παρόν **συμβόλαιο**.

συμβόλαιο - η σύμβαση ασφάλισης που υπεγράφη από **εσάς** και την **εταιρεία μας**. Οι πλήρεις όροι του **συμβολαίου** εμφανίζονται στις ισχύουσες εκδόσεις των παρακάτω εγγράφων, όπως αυτά **σας** αποστέλλονται κατά καιρούς:

- οποιοδήποτε έντυπο αίτησης που **εμείς** ζητούμε από **εσάς** να συμπληρώσετε
- οι όροι αυτοί και ο **πίνακας ωφελημάτων** που καθορίζουν την κάλυψή σας

- η κατάσταση συμμετοχής σας και η επιστολή αποδοχής από την **εταιρεία μας**
- οποιεσδήποτε Καταστάσεις Στοιχείων **η εταιρεία μας** έχει στείλει σε εσάς
- ο **Διεθνής Κατάλογος Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων**.

Συμφωνία - μια συμφωνία που η εταιρεία μας έχει συνάψει με όλα τα νοσοκομεία, τις μονάδες ημερήσιας νοσηλείας και τα **διαγνωστικά κέντρα** που αναφέρονται στην ενότητα για το **H.B.** του **Διεθνούς Καταλόγου Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων**. Κάθε **Συμφωνία** καθορίζει τα πρότυπα κλινικής φροντίδας, το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών και τα σχετικά έξοδα.

τρομοκρατική ενέργεια - οποιαδήποτε μυστική χρήση βίας από μεμονωμένο τρομοκράτη ή τρομοκρατική ομάδα, προκειμένου να εξαναγκάσει ή να τρομοκρατήσει τους πολίτες ώστε να πετύχει έναν πολιτικό, στρατιωτικό, κοινωνικό ή θρησκευτικό στόχο.

υπεραμειβόμενος ιατρός - **ιατρός, δευτερεύων ιατρός ή φυσικοθεραπευτής στο Ηνωμένο Βασίλειο** από την αμοιβή του οποίου **εμείς** θα καταβάλλουμε αποζημίωση ίση με το μέσο όρο του ποσού χρέωσης για τη **θεραπεία** και μόνο (ή ίση με το πραγματικό ποσό της αμοιβής, εάν είναι χαμηλότερο), σύμφωνα πάντα με τους υπόλοιπους όρους του **συμβολαίου** σας.

υπηρεσία διακομιδής ή επαναπατρισμού - η μεταφορά **σας** σε άλλο **νοσοκομείο** που διαθέτει τις απαραίτητες ιατρικές εγκαταστάσεις, είτε στη χώρα στην οποία **εσείς** μεταφερθήκατε λόγω της ασθένειας είτε σε άλλη γειτονική χώρα (διακομιδή) ή η επιστροφή **σας** στην **κύρια χώρα διαμονής σας** ή στη **χώρα σας** (επαναπατρισμός). Η υπηρεσία αυτή συμπεριλαμβάνει οποιαδήποτε απαραίτητη **θεραπεία**, η οποία χορηγείται κατά τη διάρκεια της μεταφοράς **σας** από τη διεθνή **εταιρεία** παροχής βοήθειας που η **εταιρεία μας** έχει διορίσει.

φυσικοθεραπευτής - ένα πρόσωπο που διαθέτει τα κατάλληλα ακαδημαϊκά προσόντα και την άδεια άσκησης του επαγγέλματος του **φυσικοθεραπευτή** στην περιοχή όπου παρέχεται η **θεραπεία**.

χειρουργική επέμβαση - μία επέμβαση ή άλλη επεμβατική χειρουργική διαδικασία που αναφέρεται στον κατάλογο επεμβάσεων.

χρόνια κατάσταση ♦ - νόσος, ασθένεια ή τραυματισμός που διαθέτει ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Απαιτεί συνεχή ή μακροχρόνια παρακολούθηση με επισκέψεις σε ιατρό, εξετάσεις, τσεκάπ και/ή τεστ.
- Απαιτεί συνεχές ή μακροχρόνιο έλεγχο ή ανακούφιση των συμπτωμάτων.
- Απαιτεί αποκατάσταση ή ειδική εκπαίδευση για να την αντιμετωπίσετε.
- Συνεχίζεται επ' αόριστον.
- Δεν έχει γνωστή θεραπεία.
- Επανέρχεται ή είναι πιθανόν να επανέλθει.

χώρα σας - η χώρα στην οποία έχετε εκδώσει διαβατήριο που ισχύει και στην οποία **εσείς** ενδέχεται να επιλέξετε να επαναπατριστείτε σύμφωνα με την **υπηρεσία διακομιδής ή επαναπατρισμού**.

Στην AXA PPP healthcare είμαστε αφοσιωμένοι στην υποστήριξή σας

Διεθνής ιατρική ασφάλιση

Ταξιδιωτική ασφάλιση

www.axapphealthcare.com

PB35086/04.10



Η AXA PPP International είναι εμπορική επωνυμία της AXA PPP healthcare limited, Phillips House, Crescent Road, Tunbridge Wells, Kent TN1 2PL, Ηνωμένο Βασίλειο Έδρα: 5 Old Broad Street, London EC2N 1AD, Ηνωμένο Βασίλειο.

Εγγεγραμμένη στην Αγγλία και Ουαλία. Εγγεγραμμένη στην Αγγλία με αρ. 3148119 Με εξουσιοδότηση και υπό την εποπτεία της Αρχής Χρηματοοικονομικών Υπηρεσιών. © AXA PPP healthcare 2010.

Προκειμένου να διατηρήσουμε την ποιότητα υπηρεσιών, οι τηλεφωνικές συνομιλίες ενδέχεται να ηχογραφούνται.

