

Προσφορά Ομαδικού Σχεδίου Ιατροφαρμακευτικής Περιθαλψης

**"SmartHealth - Μικρές Επιχειρήσεις"**

Για το προσωπικό της Εταιρείας

**ΣΥΠΑΥΤΚ**

Ημερομηνία Έκδοσης: 24 Οκτώβριος 2016

# Περιεχόμενα

Επιπρόσθετες Πληροφορίες

I Πίνακας Παροχών Σχεδίου

II Τιμολόγηση Καλύψεων

III Περίοδος Εγγύησης

IV Καλύψεις

V Αξιολόγηση Κινδύνου

VI Ισχύς Προσφοράς

VII Δήλωση Αποδοχής Προσφοράς

**Επιπρόσθετες πληροφορίες σχετικά με το Ομαδικό σχέδιο Μικρών Επιχειρήσεων - "SmartHealth"**

Το σχέδιο "SmartHealth - Μικρές Επιχειρήσεις" είναι ένα πρωτοποριακό και ευέλικτο προϊόν, που σκοπό έχει να καλύψει τα αναγκαία, λογικά και συνήθη έξοδα των Ασφαλισμένων Προσώπων του Συμβαλλομένου, τα οποία πηγάζουν από τυχόν ασθένειες ή σωματική βλάβη από ατύχημα, που ενδεχομένως επέλθουν κατά την διάρκεια ισχύος του συμβολαίου.

Δικαίωμα ασφάλισης με την παρούσα κάλυψη έχουν, ο Ασφαλισμένος καθώς και τα εξαρτώμενα μέλη, η σύζυγος του Ασφαλισμένου και τα άγαμα παιδιά τους, η ηλικία των οποίων κατά την έναρξη ισχύος της παρούσας κάλυψης είναι για τον Ασφαλισμένο και την σύζυγο, μικρότερη των εξήντα πέντε (65) ετών και για τα παιδιά μικρότερη των δέκα οκτώ ετών.

Εάν κατά τη διάρκεια της εκάστοτε ασφαλιστικής περιόδου ο αριθμός των εργαζομένων που είναι ασφαλισμένοι είναι μικρότερος από τον ελάχιστο αριθμό των τριών εργαζομένων τότε το σχέδιο δεν θα ακυρώνεται αλλά θα παραμένει σε ισχύ μέχρι την επόμενη ανανέωση. Εάν κατά την ημερομηνία της ανανέωσης δεν συμπληρωθεί ο ελάχιστος αριθμός των εργαζομένων τότε το σχέδιο θα ακυρώνεται αυτόματα.

## I. Πίνακας Παροχών Σχεδίου "Εθνική & Υγεία - Μικρές Επιχειρήσεις"

Συμβαλλόμενος : ΣΥΠΙΑΥΤΚ

Ασφαλισμένα άτομα : Όλοι οι πλήρως απασχολούμενοι Υπάλληλοι ή μέλη του Συμβαλλόμενου και τα εξαρτώμενα τους εφ' όσον αυτά συμμετέχουν στο σχέδιο.

Νοσοκομειακές Παροχές	Σημειώσεις	Ποσά (€)
♦ Ανώτατο ετήσιο ποσό ανά άτομο		300,000
♦ Ανώτατο ετήσιο ποσό ανά άτομο για ΗΠΑ, Καναδά, Ελβετία		50,000
♦ Απαλλαγή ανά έτος		0
♦ Ποσοστό Αποζημίωσης		100%
♦ Δωμάτιο και Τροφή (Κύπρος)	Μονόκλινο	100%
♦ Δωμάτιο και Τροφή (Εξωτερικό)		500
♦ Μονάδα εντατικής θεραπείας (ICU)	Ανά ημέρα - Κύπρος	100%
♦ Μονάδα εντατικής θεραπείας (ICU)	Ανά ημέρα - Εξωτερικό	1,000
♦ Αμοιβή Χειρουργού και Αναισθησιολόγου	Αναγκαία λογικά και συνήθη	100%
♦ Έξοδα Επείγουσας προς Νοσηλεία Μεταφοράς Ασθενούς (ambulance)		500
♦ Μεταφορά Ασθενούς με ασθενοφόρο αεροπλάνο ή ελικόπτερο (air ambulance)		3,000
♦ Έξοδα συνοδού του Ασφαλισμένου που χρεώνονται από το νοσοκομείο	Λογικά και Συνήθη Έξοδα που προκύπτουν, μόνον όταν πρόκειται για νοσηλεία ανηλίκου.	100%
♦ Διαγνωστικές Εξετάσεις	Λογικά και Συνήθη έξοδα που αφορούν εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις που έχουν σχέση με την αιτία για την οποία έγινε η νοσηλεία.	100%
♦ Ενδοσκοπικές Διαγνωστικές Εξετάσεις		300
♦ Μετεγχειρητικές Φυσιοθεραπείες	Λογικά και Συνήθη έξοδα, σχετιζόμενα με την καλυπτόμενη επέμβαση και που πραγματοποιούνται εντός εξήντα ημερών από την ημερομηνία εξόδου από το νοσηλευτήριο.	1,000
♦ Έξοδα Πριν και Μετά τη Νοσηλεία	Λογικά και Συνήθη έξοδα, σχετιζόμενα με την καλυπτόμενη επέμβαση και/ή νοσηλεία που πραγματοποιούνται εντός τριάντα ημερών πριν και τριάντα ημερών μετά τη νοσηλεία του Ασφαλισμένου με μέγιστο ετήσιο ποσό τα	1,000
♦ Έξοδα Χειρουργικής Επέμβασης Χωρίς διανυκτέρευση		100%
♦ Ιατρικά έξοδα από ατύχημα		1,000
♦ Επίδομα δωρεάν περιθαλψης	Ανά περιστατικό	€50 / ημέρα μέχρι 10 μερες
♦ Επίδομα Τοκετού & Άλλα Ωφελήματα		
Φυσιολογικός Τοκετός		1,000
Καισαρική Τομή		1,600
Επιβεβλημένη Αποβολή	Υπάρχει περίοδος αναμονής 10 μηνών απο την ημερομηνία εισδοχής. Η Εταιρία παρέχει το επίδομα ως συνολική της υποχρέωση σε περίπτωση Τοκετού	300
Καυτηρίαση / Παγοποίηση τραχήλου		200
Απόξεση		300
♦ Μετατροπή Κατοικίας		3,000

### Διεθνή Βοήθεια

Περιλαμβάνεται - μέχρι €10.000 για ενδονοσοκομειακά περιστατικά

♦ Αποστολή Ιατρού	Εξέδρευση και αποστολή ιατρού. Τα ιατρικά έξοδα επιβαρύνουν τον ασφαλισμένο.
♦ Υγειονομική Μεταφορά	Μεταφορά γίνεται με αεροσκάφος της γραμμής, ή άλλο κατάλληλο δημόσιο μεταφορικό μέσο.
♦ Επιστροφή / Επαναπατρισμός Ασθενών	Οργάνωση και έξοδα επιστροφής / επαναπατρισμού
♦ Επιστροφή / Επαναπατρισμός μετά τη Θεραπεία	Οργάνωση και έξοδα επιστροφής / επαναπατρισμού
♦ Επίσκεψη Συγγενούς Προσώπου	Εισιτήριο με' επιστροφής αεροπορικώς (οικονομική θέση).
♦ Έξοδα Διαμονής Συγγενούς Προσώπου	Μέχρι 3 ημέρες, και μέχρι του ποσού των 270 Ευρώ συνολικά.
♦ Επαναπατρισμός Σορού	Μέχρι €3.000
♦ Αποστολή Μέλους για την Φροντίδα Ανήλικου Τέκνου	Εισιτήριο με' επιστροφής με αεροπλάνο (οικονομική θέση) ή άλλο πρόσφορο μέσο.

### Δεύτερη Ιατρική Γνωμάτευση

Περιλαμβάνεται - για τριάντα μια (31) σοβαρές ασθένειες

## II. Τιμολόγηση Καλύψεων

Το συνολικό ασφαλιστρο για τη παροχή των πιο πάνω καλύψεων έχει διαμορφωθεί ως ακολούθως:

	Αρ. Ατόμων	Μηνιαία / άτομο	Μηνιαία / Σύνολο
Εργαζόμενος μόνο	60	€ 30.00	€ 1,800.00
Σύζυγος	60	€ 30.00	€ 1,800.00
<b>Σύνολο - Ενδονοσ/κα</b>	<b>120</b>		<b>€3,600.00</b>

**Επιλέξτε τα επιπρόσθετα ωφελήματα που επιθυμείτε να συμπεριλάβετε στο σχέδιο σας**

### 1. Εξωνοσοκομειακές Παροχές

Ανώτατο ετήσιο ποσό ανά άτομο €1.500

\* επίσκεψη ιατρού - € 40 Κόπρο, €80 Εξωτερικό

\* φάρμακα / αναλύσεις 90%

\* φρονιθεραπείες μετά από παρατεμπτικό ιατρού € 300

No

### 2. Οδοντιατρικά

Ανώτατο ετήσιο ποσό ανά άτομο €200

\*Καθαρισμός Δοντιών- ένα ανά έτος, με μέγιστο €40

\*Έμφραξη / Σφράγιση, μέγιστο €50

\*Απονέκρωση, μέγιστο €150

\*Χειρουργική Εξαγωγή Δοντιών, μέγιστο €150

(Εξαιρείται η ορθοδοντική θεραπεία και η Λεύκανση δοντιών)

No

**Τα πιο κάτω ωφελήματα και ασφαλιστρα αφορούν Εργαζόμενους/ες και Σύζυγους μόνο**

**Επιλέξτε τα ωφελήματα που επιθυμείτε**

### 3. Προληπτικές Εξετάσεις

Μόνο σε Συμβεβλημένους Ιατρούς / Χημεία με την

Εθνική Ασφαλιστική

No

### 4. Γυναικολογικές Παροχές

Τεστ Παπανικολάου και Υπερηχογράφημα, Μαστογραφία

και Υπερηχογράφημα - Μία φορά το χρόνο, με μέγιστο

ποσό τα € 100 ανά ωφέλημα

No

**Σύνολο Μηνιαίων Ασφαλιστρων για ΣΥΠΙΑΥΤΚ**

**€3,600.00**

Μηνιαία Ασφ/ρα ανά άτομο

Εργαζόμενος μόνο

€ 30.00

Σύζυγος

€ 30.00

## **ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ**

---

- ♦ Επιπρόσθετο ωφέλημα 3 (Προληπτικές Εξετάσεις): Μια φορά τον χρόνο και περιλαμβάνει τα ακόλουθα: *Κλινική Εξέταση, Βιοχημεία Αίματος ( Σάκχαρο, Χολερυθρίνη, Τριγλυκερίδια, Χοληστερόλη, LDL - Χοληστερίνη, HDL - Χοληστερόλη, SGPT & SGOT, γ - GT, Σίδηρος, Ουρία), Γενική Εξέταση Ούρων, Καρδιογράφημα, Γενική Αίματος (συμπεριλαμβανομένου και του ESR)*
- ♦ Όσον αφορά τα πιο πάνω επιπρόσθετα ωφέληματα πρέπει να γνωρίζετε ότι μπορεί να γίνει επιλογή είτε όλων των ωφελημάτων μαζί όπως έχουν τιμολογηθεί ανά άτομο είτε επιλογή οποιονδήποτε ωφελημάτων εσείς επιθυμείτε. Οι επιλογές που μπορείτε να κάνετε εναπόκεινται σε εσάς. Είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζετε ότι οποιαδήποτε επιλογή γίνει θα αφορά όλους τους συμμετέχοντες στο σχέδιο (εκτός από ωφέληματα 3, 4 που αφορά το σύνολο των εργαζομένων και συζύγων μόνο).
- ♦ Τα ασφαλιστρα προκαταβάλλονται στην αρχή του Ασφαλιστικού Έτους ή στην αρχή του κάθε μήνα σε περίπτωση μηνιαίας πληρωμής.
- ♦ Η τιμολόγηση αυτή έχει γίνει με βάση τα στοιχεία που δίνονται πιο κάτω. Διευκρινίζεται ότι, το ασφαλιστρο αυτό δεσμεύει την Εθνική Ασφαλιστική απέναντι σε εσάς κατά την έναρξη του συμβολαίου όπως επίσης και για την περίοδο κατά την οποία το ασφαλιστρο είναι εγγυημένο, δεδομένου της ορθότητας των πιο κάτω παραμέτρων κατά την σύναψη της συμφωνίας. Η Εταιρεία μας διατηρεί το δικαίωμα, πριν την έκδοση του ασφαλιστηρίου, να αναθεωρήσει / αναπροσαρμόσει το ασφαλιστρο αν τα πιο κάτω δεδομένα πάνω στα οποία βασίστηκε αυτή η τιμολόγηση διαφέρουν με οποιονδήποτε τρόπο.
  - Ηλικία
  - Φύλο
  - Παρεχόμενες Καλύψεις
- ♦ Όλα τα πιο πάνω ωφέληματα και παροχές διέπονται από τους όρους του Συμβολαίου.

### III. Περίοδος Εγγύησης

Τα ασφαλιστρα που δίνονται πιο πάνω είναι εγγυημένα για περίοδο ενός χρόνου και η εγγύηση ισχύει νοούμενου ότι : τα μέλη που θα ασφαλιστούν θα πρέπει τα αποτελούν τουλάχιστον το 80 % του συνόλου το οποίο εξετάζεται. Φυσικά, ο ελάχιστος αριθμός των εργαζομένων πρέπει να είναι ίσος με 3.

### IV. Καλύψεις

Η παροχή των πιο πάνω καλύψεων τερματίζεται αυτόματα στην ηλικία των 65 ετών του κάθε ασφαλισμένου ή με την αποχώρηση του Ασφαλισμένου από την Εργοδοσία του Συμβαλλομένου, εκτός και αν συμφωνηθεί διαφορετικά μεταξύ της Εταιρίας και του Συμβαλλομένου.

Σε περίπτωση κατά την οποία πρόσωπο το οποίο συμμετέχει σε ομαδικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο υγείας με την Εθνική Ασφαλιστική, αιτηθεί την παροχή ατομικού ασφαλιστηρίου συμβολαίου, η αξιολόγηση της ασφαλισιμότητας θα γίνει σύμφωνα με τους κανόνες αποδοχής κινδύνων της Εταιρείας, στην βάση των εγγράφων και πληροφοριών που θα δοθούν στην πρόταση ασφάλισης κατά την σύναψη του ατομικού ασφαλιστηρίου συμβολαίου. Εξαιρούνται παθήσεις ή ασθένειες οι οποίες εκδηλώθηκαν για πρώτη φορά κατά την διάρκεια της ασφάλισης στο ομαδικό συμβόλαιο και δεν αποτελούν προϋπάρχουσες παθήσεις ή επιπλοκές προϋπαρχουσών παθήσεων. Στην περίπτωση κατά την οποία ζητηθεί αύξηση ασφαλισμένου κεφαλαίου, η αύξηση θα δοθεί μόνο εφόσον και η Εταιρεία συμφωνήσει και σε καμία περίπτωση δεν θα αφορά προηγούμενες παθήσεις.

### V. Αξιολόγηση Κινδύνου

Για την αξιολόγηση και την αποδοχή του κινδύνου, απαιτείται η συμπλήρωση ειδικού ερωτηματολογίου από όλα τα άτομα που αρχικά θα συμμετέχουν στο σχέδιο. Επίσης για την προσθήκη νέων μελών τα οποία μελλοντικά θα προσθέτονται στο σχέδιο θα απαιτείται η συμπλήρωση ειδικού ερωτηματολογίου και η έγκαιρη ενημέρωση της Εταιρίας.

Προϋπάρχουσες και χρόνιες ασθένειες δεν καλύπτονται. Εντούτοις, σε περίπτωση όπου άτομα με τέτοιες ασθένειες υποβάλλουν αίτηση για ασφάλεια, παρακαλώ να μας προμηθεύσετε με όλες τις σχετικές πληροφορίες (ιατρικό ιστορικό, έκθεση, πρόσφατες αναλύσεις κτλ.) των ατόμων αυτών προκειμένου να εξεταστούν περαιτέρω από το τμήμα αξιολόγησης κινδύνου. Εάν γίνουν αποδεκτοί προς ασφάλιση, αυτό μπορεί να διαφοροποιήσει το ασφαλιστρο.

Σε περίπτωση αφαίρεσης ατόμων θα πρέπει ο Συμβαλλόμενος να ενημερώνει γραπτώς την Εταιρία.

### VI. Ισχύς Προσφοράς

Η προσφορά μας ισχύει

1. Στο σύνολο της και όχι μεμονωμένα.
2. Μέχρι τις 23/12/2016

Σε περίπτωση αποδοχής της προσφοράς, η Συμβαλλόμενη Εταιρεία θα πρέπει να αποστείλει στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρείας συμπληρωμένα τα πιο κάτω:

1. Υπογεγραμμένο έντυπο αποδοχής της προσφοράς
2. Αίτηση για συμμετοχή σε Ομαδική Ασφάλιση Υγείας

Για οποιοσδήποτε διευκρινίσεις παρακαλώ όπως επικοινωνήσετε με τα κεντρικά μας γραφεία στα τηλέφωνα :

Δέσπω Κουσιάππα, 22 841071, Λειτουργός Υγείας  
Σανίτα Ντράπα, 22 841089, Λειτουργός Υγείας

Η αξιοπιστία, σοβαρότητα και φερεγγυότητα της Εθνικής Ασφαλιστικής αποτελούν εχέγγυα για σας και τα μέλη σας.

Με εκτίμηση,



Νικόλας Λάμπρου  
Διευθυντής Υγείας

## VII. Δήλωση Αποδοχής Προσφοράς

### Δήλωση Ιδιοκτήτη

Εγώ, ο / η \_\_\_\_\_ εξουσιοδοτούμενο πρόσωπο της/των Εταιρείας/ών \_\_\_\_\_ προς την/τις οποία/ες γίνεται η προσφορά της Εθνικής Γενικών Ασφαλειών (Κύπρου) Λτδ ημερομηνίας \_\_\_\_\_, για παροχή/ανανέωση υπηρεσιών ασφάλισης υγείας δηλώνω ότι, πριν την σύναψη της Ασφαλιστικής Σύμβασης έχω διαβάσει και κατανοήσει πλήρως όλες τις πληροφορίες που περιέχονται στην παρούσα προσφορά για Ομαδική Ασφάλεια.

Επιπρόσθετα, δηλώνω ότι έχω παράσχει κάθε πληροφορία που μου έχει ζητηθεί για συνομολόγηση της προσφοράς, με σαφήνεια και ειλικρίνεια παρέχοντας κάθε πληροφόρηση που αφορά τα ασφαλισμένα μέλη.

Υπογραφή Εξουσιοδοτημένου Προσώπου

Ημερομηνία ...../...../.....

### Στοιχεία Εταιρείας

Αρ. Εγγραφής Εταιρείας: .....

Διεύθυνση Εταιρείας: .....

Τηλέφωνο Επικοινωνίας: .....

Email: .....

### Στοιχεία Συμβολαίου

Ημερομηνία Έναρξης / Ανανέωσης Σχεδίου: ...../...../.....

Συχνότητα Πληρωμής:

Μηνιαία .....

Τριμηνιαία .....

Εξαμηνιαία .....

Ετήσια .....

Παρακαλώ όπως η παρούσα επιστολή σταλεί υπογεγραμμένη στα κεντρικά γραφεία της Εταιρείας μας το αργότερο μέχρι τις **23 Νοέμβριος 2016**