

ΒΑΣΙΚΗ ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:
Άννα Νικολάκη
Τηλ.: 210 611 8251

ΠΡΟΣ: Αποδέκτες Στηλών Α, 5, 6, 7, 11, 12 & 14

ΘΕΜΑ: Άλλα Θέματα Ασφάλισης – Πρόνοιας – Περίθαλψης Ανθρώπινου Δυναμικού
(Παροχή Πρόσθετης Ασφαλιστικής Κάλυψης στο Προσωπικό του ΟΤΕ μέσω του
Ομαδικού Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου με την Alico)

ΣΧΕΤ.: α) 459/2/19-1-2011 Β.Ε.
β) 45/101208/29-4-2011 και
γ) 45/101755/21-6-2011 επιστολές της Δ/σης Ανάπτυξης Ανθρ. Δυναμικού
δ) 459/465802/4-4-2012 επιστολή της Δ/σης Οργάνωσης, Συστημάτων Αμοιβών &
HR Controlling Σταθερής & Κινητής Τηλεφωνίας

A. ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σκοπός της παρούσας Βασικής Εγκυκλίου είναι να περιλάβει σε ένα ενιαίο κείμενο σημαντικές διευκρινίσεις καθώς και κάποιες τροποποιήσεις που έχουν υπάρξει από την έναρξη λειτουργίας (1-1-2011) του νέου ομαδικού ασφαλιστηρίου συμβολαίου της Alico με το οποίο ο ΟΤΕ συνεχίζει την παροχή πρόσθετης ασφαλιστικής κάλυψης στο προσωπικό του. Η ενημέρωση γύρω από την ορθή εφαρμογή των όρων και διαδικασιών που προβλέπονται από το συμβόλαιο αναμένεται να ελαχιστοποιήσει προβλήματα και δυσλειτουργίες που έχουν καταγραφεί ως τώρα και να συμβάλει στη βέλτιστη αξιοποίηση των παροχών.

Με την παρούσα καταργείται η ανωτέρω σχετική Βασική Εγκύκλιος.

B. ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Στο προσωπικό του ΟΤΕ παρέχονταν από 1-1-2002, με δαπάνες της Εταιρείας, πρόσθετη ομαδική ασφαλιστική κάλυψη σε συνεργασία με την Αγροτική Ασφαλιστική στα πλαίσια του Ομαδικού Ασφαλιστηρίου 1180, με δυνατότητα κάλυψης των εξαρτώμενων μελών (συζύγου και τέκνων) των εργαζομένων, με δαπάνες των ιδίων.

Το ανωτέρω ασφαλιστήριο έληξε στις 31-12-2010 και η Εταιρεία μερίμνησε για τη σύναψη νέου ασφαλιστηρίου με την Alico, από 1-1-2011, στο οποίο συνέχισαν να καλύπτονται οι ήδη ασφαλισμένοι.

Το νέο ασφαλιστήριο διακρίνεται για τις εκσυγχρονισμένες παροχές του και για την ενσωμάτωση στοιχείων που αφενός καλύπτουν έκτακτες και μεγάλες ανάγκες των εργαζομένων, αφετέρου εξασφαλίζουν την καλή χρήση, άρα και τη μακροβιότητά του.

Γ. ΠΟΙΟΙ ΚΑΛΥΠΤΟΝΤΑΙ

Στο πρόγραμμα της πρόσθετης ομαδικής ασφάλισης δικαιούνται να ενταχθούν **με δαπάνες του ΟΤΕ** όλοι οι υπάλληλοι του ΟΤΕ, ηλικίας μέχρι και 67 ετών. Συμπεριλαμβάνονται και οι αμειβόμενοι με πάγια αντιμισθία δικηγόροι.

Δεν καλύπτονται οι εργαζόμενοι με σύμβαση εξαρτημένης εργασίας ορισμένου χρόνου, εκτός αν προβλέπεται από την ατομική τους σύμβαση.

Το προσωπικό με σύμβαση εξαρτημένης εργασίας ορισμένου χρόνου υπό δοκιμήν εντάσσεται την 1^η του μήνα που ακολουθεί τη μετατροπή της σύμβασής του σε αορίστου χρόνου.

Οι νεοπροσλαμβανόμενοι εντάσσονται από την 1^η του επόμενου της πρόσληψής τους μήνα.

Παρέχεται η δυνατότητα ένταξης στο ομαδικό ασφαλιστήριο, **με δαπάνες του εργαζομένου**, των συντηρούμενων προσώπων του (**σύζυγος** ηλικίας μέχρι και 67 ετών και **άγαμα τέκνα** ηλικίας από 30 ημερών μέχρι και 27 ετών), ανεξαρτήτως εάν εργάζονται ή όχι. Συντηρούμενα πρόσωπα που **εργάζονται στις ένοπλες δυνάμεις** οποιασδήποτε χώρας ή διεθνούς αρχής, σε καιρό πολέμου ή σε καιρό ειρήνης ή **στα σώματα ασφαλείας** καλύπτονται από το πρόγραμμα.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Τα τέκνα που έχουν χαρακτηριστεί ως **άτομα με ειδικές ανάγκες** καλύπτονται και **μετά την ηλικία των 27 ετών**, μέχρι τη λήξη της ασφάλισης του κυρίως ασφαλισμένου, αρκεί ο ενδιαφερόμενος γονέας να αποστείλει στην Alico τα σχετικά δικαιολογητικά.

Δ. ΠΟΙΟΙ ΕΞΑΙΡΟΥΝΤΑΙ

Δεν καλύπτονται από το ομαδικό αυτό ασφαλιστήριο οι εξής κατηγορίες υπαλλήλων του ΟΤΕ:

1. Όσοι διατίθενται στις εταιρείες που έχει επενδύσει ο ΟΤΕ στο εξωτερικό. Αυτοί όμως, μπορούν να ασφαλισουν τα συντηρούμενα πρόσωπά τους (σύζυγο και τέκνα) εφόσον τα τελευταία διαμένουν στην Ελλάδα.
2. Όσοι διατίθενται (με δανεισμό) στις θυγατρικές εταιρείες COSMOTE, ΟΤΕ-GLOBE, ΟΤΕ Estate, HELLAS SAT, HELLASCOM και ΟΤΕ-Plus, με δαπάνες των οποίων εντάσσονται σε άλλο ομαδικό ασφαλιστήριο, για όσο διάστημα διαρκεί η διάθεσή τους.
3. Όσοι καλύπτονται από ατομικά ασφαλιστήρια συμβόλαια με δαπάνες του ΟΤΕ.
4. Όσοι διατίθενται σε διεθνείς οργανισμούς στο εξωτερικό, για όσο χρόνο διαρκεί η διάθεσή τους.

Ε. ΤΑΞΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Για τους υπαλλήλους του ΟΤΕ, που ταξιδεύουν στο εξωτερικό για υπηρεσιακούς λόγους, εξακολουθεί να ισχύει η ταξιδιωτική ασφάλιση μετακινήσεων για υπηρεσιακά ταξίδια στο εξωτερικό (σχετ. 45/313/27-04-2001 Ειδική Εγκύκλιος, Ομαδικό Ασφαλιστήριο στην Αγροτική Ασφαλιστική, Νο 1176/01).

ΣΤ. ΚΑΛΥΨΕΙΣ (ΠΑΡΟΧΕΣ) & ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ

Οι καλύψεις που παρέχονται από το νέο ομαδικό ασφαλιστήριο περιγράφονται παρακάτω. Διευκρινίζεται ότι, γενικά στο ασφαλιστήριο, δεν καλύπτονται κίνδυνοι που οφείλονται ή συσχετίζονται ολικά ή μερικά, άμεσα ή έμμεσα με τις ακόλουθες περιπτώσεις:

ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ

- Πόλεμο, εισβολή, ενέργεια ξένης δύναμης, εχθροπραξίες, εμφύλιο πόλεμο, επανάσταση, εξέγερση, στάση, στρατιωτική εξουσία ή στρατιωτικό νόμο ή σφετερισμό της εξουσίας ή κατάσταση πολιορκίας ή οποιοδήποτε γεγονός ή αιτία που προσδιορίζει την κήρυξη ή διατήρηση στρατιωτικού νόμου, κατάσταση πολιορκίας, συλλήψεις, καραντίνα ή τελωνειακούς κανονισμούς ή εθνικοποιήσεις κατά διαταγή κυβερνήσεως ή δημόσιας ή τοπικής αρχής, επίσης απώλειες ή θάνατο προκαλούμενες από οποιοδήποτε όπλο ή όργανο που λειτουργεί με ή χρησιμοποιεί ατομική ενέργεια ή ραδιενέργεια σε καιρό πολέμου ή ειρήνης. Η εξαίρεση αυτή δεν θα επηρεάζεται από καμία τροποποίηση, εκτός αν αναφέρεται ειδικά σ' αυτήν συνολικά ή μερικά καθώς και βιολογικές μολύνσεις.
- Κατά τη διάρκεια υπηρεσίας του ασφαλισμένου υπαλλήλου στις ένοπλες δυνάμεις οποιασδήποτε χώρας ή διεθνούς αρχής, σε καιρό πολέμου ή σε καιρό ειρήνης.
- Επιδράσεις ατομικής ή πυρηνικής ενέργειας ή ιοντίζουσας ακτινοβολίας πέραν των νομίμως επιτρεπόμενων ορίων.
- Συμμετοχή του ασφαλισμένου σε αξιόποινες πράξεις

- Πτήσεις του ασφαλισμένου με οποιοδήποτε αεροπλάνο ή άλλο μέσο αεροπλοΐας, εκτός εάν είναι επιβάτης αεροπλάνου Εμπορικής Αεροπορικής Εταιρείας που εκτελεί τακτικά ή έκτακτα δρομολόγια σε εγκατεστημένες επιβατικές γραμμές ή μεταφέρεται ως ασθενής ή τραυματίας ή συνοδός αυτού με ασθενοφόρο ή σωστικό αεροπλάνο ή ελικόπτερο.

1. ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ (μόνο για τους κυρίως ασφαλισμένους)

Σε περίπτωση θανάτου του ασφαλισμένου **από οποιαδήποτε αιτία**, οι δικαιούχοι λαμβάνουν ποσό ίσο με 14 μέσους μηνιαίους μισθούς. Ο μέσος μηνιαίος μισθός καθορίζεται την 1^η Ιανουαρίου κάθε έτους από τη Διεύθυνση Οικονομικών Υπηρεσιών.

Πέραν των προαναφερόμενων γενικών εξαιρέσεων, ειδικά για την εν λόγω παροχή, δεν θα καλύπτονται κίνδυνοι που προέρχονται ή σχετίζονται ολικά ή μερικά, άμεσα ή έμμεσα με τα εξής:

- χρήση ναρκωτικών ή παραισθησιογόνων ουσιών
- αλκοολισμό ή υπερβολική χρήση (μέθη) οινοπνευματωδών ποτών
- χρήση εκρηκτικών υλών
- οι προγενέστερες της ασφάλισης σοβαρές παθήσεις (βλ. Πίνακα σελ. 7) καλύπτονται μετά την παρέλευση έξι μηνών από την έναρξη στην ασφάλιση κάθε ασφαλισμένου.

Παράταση της Παροχής για Απώλεια Ζωής

Αν ο υπάλληλος καταστεί ολικά ανίκανος για εργασία από σωματική βλάβη ή ασθένεια, και ανικανότητα αυτή τον εμποδίζει να ασκήσει οποιαδήποτε εργασία ή επάγγελμα με αμοιβή ή κέρδος και συγχρόνως:

- είναι ασφαλισμένος από την Ομαδική Ασφάλεια Ζωής τουλάχιστον για ένα χρόνο
- δεν έχει φθάσει την 65^η επέτειο των γενεθλίων του
- δεν έχει λήξει η ασφάλισή του

και ο υπάλληλος αυτός

- πεθάνει μέσα σε ένα χρόνο από τότε που διακόπηκε η καταβολή των ασφαλιστρών για την ασφάλισή του και
- εφόσον είχε παραμείνει συνεχώς ανίκανος για εργασία

τότε η ασφαλιστική εταιρεία θα καταβάλει το ποσό της ασφάλειας ζωής με το οποίο ήταν ασφαλισμένος ο υπάλληλος αυτός την ημερομηνία τερματισμού της εργασιακής του σχέσης με τον ΟΤΕ.

Δικαίωμα Μετατροπής

Κάθε ασφαλισμένος, που για οποιοδήποτε λόγο σταματήσει να εργάζεται στον ΟΤΕ, μπορεί να μετατρέψει την Ομαδική Ασφάλεια Ζωής σε **Ατομικό Συμβόλαιο Ασφάλειας Ζωής** χωρίς ιατρική εξέταση.

Το συμβόλαιο αυτό μπορεί να είναι ένα από τα οποιαδήποτε Ατομικά Συμβόλαια Ζωής που εκδίδει η Ασφαλιστική Εταιρεία την δεδομένη χρονική στιγμή. Δεν μπορεί όμως να είναι Ατομικό Ασφαλιστήριο τύπου απλής Ασφάλειας Ζωής ή Συμβόλαιο που περιλαμβάνει παροχές ανικανότητας ή πρόσθετες παροχές εξ αιτίας θανάτου από ατύχημα.

Η μετατροπή αυτή θα πραγματοποιηθεί με την προϋπόθεση ότι η Ασφαλιστική Εταιρεία θα έχει λάβει, εντός τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία που η ομαδική ασφάλιση του υπαλλήλου έχει λήξει, γραπτή αίτησή του και την πρώτη καταβολή ασφαλιστρου.

2. ΜΟΝΙΜΗ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑ (μόνο για τους κυρίως ασφαλισμένους)

Αν κάποιος υπάλληλος καταστεί μόνιμα και ολικά ανίκανος για εργασία από ασθένεια, πριν την 65^η επέτειο των γενεθλίων του και η ανικανότητα αυτή δεν του επιτρέπει να ασκεί οποιαδήποτε εργασία ή επάγγελμα με αμοιβή ή κέρδος, εφόσον η ασφάλισή του δεν έχει λήξει και εφόσον, πριν περάσουν 12 μήνες από την ημερομηνία που σταμάτησε η καταβολή ασφαλιστρών για τον υπάλληλο αυτό, υποβληθούν τα αναγκαία αποδεικτικά ότι η πιο πάνω ανικανότητα υπήρχε τουλάχιστον για 12 συνεχείς μήνες και εξακολουθεί να είναι ολική και μόνιμη και με την προϋπόθεση ότι το συμβόλαιο βρίσκεται σε ισχύ, τότε η κάλυψη για την ασφάλεια ζωής του υπαλλήλου θα λήξει και, αντί όλων των άλλων παροχών, η ασφαλιστική εταιρεία θα καταβάλει αποζημίωση για μόνιμη και ολική ανικανότητα ίση με 14 μέσους μηνιαίους μισθούς σε τρεις (3) ισόποσες ετήσιες δόσεις.

Αν όμως ο υπάλληλος πεθάνει μετά την υποβολή στην ασφαλιστική εταιρεία των αποδεικτικών ανικανότητας αλλά πριν την έναρξη των καταβολών, η Ασφαλιστική Εταιρεία θα καταβάλλει το ποσό στο δικαιούχο ή τους δικαιούχους του εφάπαξ.

Δεν παρέχεται κάλυψη για ανικανότητα που οφείλεται σε:

- Διανοητικές, νευρωτικές, ψυχιατρικές ασθένειες και παθήσεις καθώς και τα επακόλουθα ή επιπλοκές τους
- Συγγενείς Παθήσεις
- Χρήση ναρκωτικών ή παραισθησιογόνων ουσιών
- Αλκοολισμό ή υπερβολική χρήση (μέθη) οινόπνευματων ποτών
- Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) και τα επακόλουθα ή επιπλοκές τους
- Συνέπειες χρήσης φαρμάκων, δηλητηρίου ή αερίου
- Για 6 μήνες από την έναρξη κάθε ασφαλισμένου στο πρόγραμμα δεν καλύπτεται καμία περίπτωση που αφορά προϋπάρχουσες της ασφάλισης χρόνιες σοβαρές παθήσεις (βλ. Πίνακα σελ. 7). Αν η περίπτωση έχει καθοριστεί από την έναρξη της ασφάλισης ως μόνιμη και ολική ανικανότητα δεν θα καλύπτεται ούτε μετά την παρέλευση του 6μήνου από την ημερομηνία έναρξης στην ασφάλιση.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Οι εργαζόμενοι που χαρακτηρίζονται ως άτομα με ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ) δεν καλύπτονται από την παροχή της Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας από Ασθένεια για ανικανότητα που οφείλεται στην ίδια αιτία βάσει της οποίας είχαν χαρακτηριστεί ΑΜΕΑ. Καλύπτονται όμως από τις άλλες παροχές (Ασφάλεια Ζωής, ΜΟΑ από Ατύχημα, Απώλεια Εισοδήματος, Ευρεία Νοσοκομειακή & Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη και από την παροχή ΜΟΑ από ασθένεια εφόσον η ανικανότητα που θα τους οδηγήσει σε απόλυση οφείλεται σε άλλη αιτία εκτός εκείνης για την οποία είχαν χαρακτηριστεί ΑΜΕΑ).

3. ΘΑΝΑΤΟΣ – ΜΟΝΙΜΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ (μόνο για τους κυρίως ασφαλισμένους)

α. ΑΠΩΛΕΙΑ ΖΩΗΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

Καταβάλλεται στους δικαιούχους του ασφαλισμένου ποσό ίσο με 28 μέσους μηνιαίους μισθούς (σε συνδυασμό με την Ασφάλιση Ζωής), αν ένα ατύχημα επιφέρει, ανεξάρτητα από άλλη αιτία, απώλεια της ζωής του Ασφαλισμένου μέσα σε εκατόν ογδόντα (180) ημέρες από την ημερομηνία του ατυχήματος.

β. ΜΟΝΙΜΗ ΟΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

Καταβάλλεται ποσό ίσο με 14 μέσους μηνιαίους μισθούς, αν ένα ατύχημα επιφέρει στον Ασφαλισμένο, ανεξάρτητα από άλλη αιτία, μέσα σε εκατόν ογδόντα (180) ημέρες από την ημερομηνία του ατυχήματος, μόνιμη ολική ανικανότητα, που δεν του επιτρέπει να ασκήσει κάποιο επάγγελμα ή κάποια εργασία με αμοιβή ή κέρδος, για την οποία έχει τα απαιτούμενα προσόντα, με βάση τη μόρφωση, ειδίκευση ή πείρα του. Η καταβολή της αποζημίωσης θα γίνεται με την προϋπόθεση ότι η πιο πάνω ανικανότητα διήρκεσε 12 συνεχείς μήνες και εξακολουθεί να είναι ολική, συνεχής και μόνιμη στο τέλος του χρονικού αυτού διαστήματος.

γ. ΜΟΝΙΜΗ ΜΕΡΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

Αν ένα ατύχημα επιφέρει στον Ασφαλισμένο, ανεξάρτητα από άλλη αιτία, μέσα σε εκατόν ογδόντα (180) ημέρες από την ημερομηνία του ατυχήματος, μία από τις ακόλουθες απώλειες, η Εταιρεία θα καταβάλει ποσά ίσα με τα παρακάτω ποσοστά επί του συνόλου των 14 μέσων μηνιαίων μισθών.

ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΛΙΚΗ ΑΠΩΛΕΙΑ:	ΔΕΞΙΟΥ	ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ
Ενός από τα πάνω άκρα	70%	60%
Του χεριού ή του αντιβραχίονα	60%	50%
Ενός από τα κάτω άκρα πάνω από το γόνατο	60%	60%
το γόνατο ή κάτω από αυτό	50%	50%
Του ποδιού	40%	40%

Του αντίχειρα	18%	16%
Του δείκτη του χεριού	14%	12%
Του μικρού δακτύλου του χεριού	12%	10%
Του μέσου δακτύλου του χεριού	6%	3%
Του παράμεσου δακτύλου του χεριού	8%	6%
Του μεγάλου δακτύλου του ποδιού		5%
Κάθε άλλου δακτύλου του ποδιού		3%
Της οράσεως του ενός ματιού		50%
Της οράσεως των δύο ματιών		100%
Για την ολική κώφωση ενός αυτιού		10%
Για την ολική κώφωση και των δύο αυτιών		40%

Αν κάποιος ασφαλισμένος είναι αποδεδειγμένα αριστερόχειρας, τότε τα ποσοστά που αναφέρονται παραπάνω αντιστρέφονται.

Δεν δικαιούνται ασφάλισης για τη συγκεκριμένη παροχή (Θάνατο/Μόνιμη Ανικανότητα από Ατύχημα):

- Άτομα ακρωτηριασμένα, ανάπηρα, βωβά, βαρήκοα, τυφλά ή μυωπικά (10 βαθμών και πάνω), τοξικομανή ή αλκοολικά
- Άτομα που πάσχουν από παραλυσία οποιασδήποτε μορφής, από επιληψία, νευρασθένεια, τρομώδες παραλήρημα, ψυχικές παθήσεις, ασθένειες της σπονδυλικής στήλης ή του νωτιαίου μυελού, όπως επίσης από βλάβες ή χρόνιες οργανικές παθήσεις ή παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος ή από λειτουργικά ελαττώματα που επιδρούν στην ελεύθερη κίνηση ή στον ομαλό τρόπο ζωής του.

Επίσης, δεν παρέχεται κάλυψη για περιπτώσεις που προκαλούνται άμεσα ή έμμεσα, συνολικά ή μερικά, από:

- Συμμετοχή σε αγώνες ταχύτητας ή δεξιότητάς με μηχανοκίνητα μέσα ή επικίνδυνα αθλήματα.
- Συνέπειες χρήσης και αναθυμιάσεων φαρμάκων, δηλητηρίου ή αερίου
- Αυτοκτονία, απόπειρα αυτοκτονίας ή εκούσιες σωματικές βλάβες, ανεξάρτητα από τη διανοητική, ψυχική ή ψυχολογική κατάσταση του ασφαλισμένου.
- Χρήση εκρηκτικών υλών
- Τρομοκρατικές ενέργειες
- Χρήση ναρκωτικών ή παραισθησιογόνων ουσιών
- Αλκοολισμό ή υπερβολική χρήση (μέθη) οινοπνευματωδών ποτών
- Δεν καλύπτεται καμία περίπτωση που αφορά προϋπάρχουσες της ασφάλισης αναπηρίες ή σωματικές βλάβες και τα επακόλουθα ή οι επιπλοκές τους κατά το βαθμό της προϋπάρχουσας αναπηρίας.

Απαιτούμενα Δικαιολογητικά

Για συμβάντα που εμπíπτουν στις παροχές κινδύνου (ασφάλιση ζωής, μόνιμη ολική ανικανότητα από ασθένεια και θάνατο/μόνιμη ανικανότητα από ατύχημα) γίνεται ανακοίνωση/γραπτή ενημέρωση προς την Ασφαλιστική Εταιρεία από το αρμόδιο Τμήμα Απόλυσης Ανθρ. Δυναμικού της Δ/σης Διαχείρισης Ανθρ. Δυναμικού εντός 3 μηνών από την ημερομηνία του συμβάντος. Η Δ/ση Οργάνωσης, Συστημάτων Αμοιβών & HR Controlling Σταθερής & Κινητής Τηλεφωνίας σε συνεργασία με την Υποδ/ση Μητρώων & Παροχών της Δ/σης Διαχ/σης Ανθρ. Δυναμικού παρέχει τις αιτούμενες πληροφορίες στην ασφαλιστική εταιρεία ενώ η τελευταία ενημερώνει τους δικαιούχους για τα δικαιολογητικά που πρέπει να της υποβάλουν.

4. ΑΠΩΛΕΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑ Η ΑΤΥΧΗΜΑ (μόνο για τους κυρίως ασφαλισμένους)

Αν ο ασφαλισμένος γίνει πρόσκαιρα ολικά ανίκανος για εργασία από Ασθένεια ή Ατύχημα, η Εταιρεία θα καταβάλει το 80% της τυχόν διαφοράς μεταξύ του μηνιαίου τακτικού μισθού του και των μηνιαίων αποδοχών που του απέδωσε ο Κύριος Φορέας Ασφάλισης ή ο ΟΤΕ ή και οι δύο μαζί, κατά τη διάρκεια της απουσίας του.

Η ημερομηνία έναρξης για τον υπολογισμό της πιο πάνω αποζημίωσης – η οποία δεν μπορεί να υπερβαίνει τα **€1.800** το μήνα – λογίζεται η **31η ημέρα από την έναρξη της ανικανότητας** για εργασία λόγω ασθένειας ή ατυχήματος, ενώ η ανώτατη περίοδος καταβολής είναι **12 μήνες**.

Απαιτούμενα Δικαιολογητικά

- Αντίγραφο της Γνωμάτευσης της Κεντρικής Υγειονομικής Επιτροπής (ή του Δελτίου ανικανότητας) του Κύριου Φορέα Ασφάλισης.
- Αποδεικτικό για το ποσό που καταβλήθηκε στον Ασφαλισμένο από τον ΟΤΕ ή τον Κύριο Φορέα Ασφάλισης, καθώς και
- Γνωμάτευση ιατρού στην οποία να αναφέρεται ο λόγος για τον οποίο βρίσκεται ο ασφαλισμένος σε ανικανότητα.

Η ασφαλιστική εταιρεία πρέπει να ειδοποιείται εντός τριών μηνών και τα δικαιολογητικά πρέπει να αποστέλλονται εντός έξι μηνών από την ημερομηνία που ξεκίνησε η Απώλεια Εισοδήματος.

Δεν παρέχεται κάλυψη για ανικανότητα που οφείλεται σε:

- Συμμετοχή σε αγώνες ταχύτητας ή δεξιοτεχνίας με μηχανοκίνητα μέσα ή επικίνδυνα αθλήματα.
- Συνέπειες χρήσης και αναθυμιάσεων φαρμάκων, δηλητηρίου ή αερίου
- Απόπειρα αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμός, ανεξάρτητα διανοητικής, ψυχικής ή ψυχολογικής κατάστασης.
- Χρήση εκρηκτικών υλών
- Χρήση ναρκωτικών ή παραισθησιογόνων ουσιών
- Αλκοολισμό ή υπερβολική χρήση (μέθη) οινοπνευματωδών ποτών
- Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) και τα επακόλουθα ή επιπλοκές τους
- Οποιαδήποτε ανικανότητα που οφείλεται σε εγκυμοσύνη, τοκετό, άμβλωση, ανώμαλη κύηση καθώς επίσης και σε επιπλοκές τους.
- Οποιαδήποτε ανικανότητα που οφείλεται σε διανοητικές ή ψυχολογικές ή ψυχικές διαταραχές.
- Για 6 μήνες από την έναρξη κάθε ασφαλισμένου στο πρόγραμμα δεν καλύπτεται καμία περίπτωση που αφορά προϋπάρχουσες της ασφάλισης χρόνιες σοβαρές παθήσεις (βλ. Πίνακα σελ. 7).

5. ΕΥΡΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ & ΕΞΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ (για τους κυρίως ασφαλισμένους και τα συντηρούμενα πρόσωπά τους)

Η Ευρεία Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη καλύπτει έξοδα μέσα ή έξω από Νοσοκομείο για θεραπεία ασθενειών ή ατυχημάτων. **Οι φόροι, συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ**, και οι τυχόν λοιπές νόμιμες επιβαρύνσεις που επιβάλλονται στις δαπάνες νοσοκομειακής και ιατρικής περίθαλψης, διάγνωσης και στις ιατρικές αμοιβές δεν συμπεριλαμβάνονται στα δικαιούμενα έξοδα και ως εκ τούτου **δεν αποζημιώνονται**.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΟΧΩΝ

- Ανώτατο Ετήσιο Ποσό (ημερολογιακό)
για κάθε ασφαλισμένο άτομο €30.000,00

Σε περίπτωση νοσηλείας για τις ακόλουθες σοβαρές παθήσεις:

• Καρκίνος • Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια • Έμφραγμα του μυοκαρδίου
• Στεφανιαία Νόσος που απαιτεί εγχείρηση • Εγκεφαλικό Επεισόδιο
τότε το ποσό της παροχής επεκτείνεται σε €45.000,00

Νοσοκομειακή Περίθαλψη

- Ανώτατο ημερήσιο καταβαλλόμενο ποσό για Δωμάτιο και Τροφή για νοσηλεία που πραγματοποιείται :
στην Ελλάδα (σε νοσηλευτικό ίδρυμα δημόσιο ή ιδιωτικό) Θέση ΒΑ (Δίκλινος θάλαμος περίθαλψης)

- Δικαιολογούνται ημερήσιες δαπάνες στο εξωτερικό €500,00

- Ανώτατο καταβαλλόμενο ποσό την ημέρα για νοσηλεία που πραγματοποιείται σε Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης €500,00

- Ανώτατος αριθμός ημερών νοσηλείας στη Μον. Εντατ. Παρακολούθησης 14

- Ανώτατο ημερήσιο καταβαλλόμενο ποσό για έξοδα συνοδού σε περίπτωση νοσηλείας στο εξωτερικό €200,00

- Ανώτατος αριθμός ημερών για έξοδα συνοδού σε περίπτωση νοσηλείας στο εξωτερικό 14

Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη

- Ανώτατο επιμέρους Ετήσιο καταβαλλόμενο Ποσό (ημερολογιακό)
για παροχές εκτός νοσοκομείου για κάθε ασφαλισμένο άτομο €800,00

Για τις ακόλουθες σοβαρές παθήσεις: • Καρκίνος • Νεφρική Ανεπάρκεια • Έμφραγμα του μυοκαρδίου • Στεφανιαία Νόσος που απαιτεί εγχείρηση • Εγκεφαλικό Επεισόδιο, το ποσό της παροχής επεκτείνεται σε	€1.600,00
- Ετήσιο Εκπιπτόμενο Ποσό (ημερολογιακό, 01/01 έως 31/12 κάθε έτους) για κάθε ασφαλισμένο πρόσωπο	€90,00
- Ανώτατο καταβαλλόμενο ποσό για κάθε Ιατρική Επίσκεψη: - Ανώτατος αριθμός ιατρικών επισκέψεων ετησίως:	€60,00
• Εκτός του δικτύου των συνεργαζόμενων ιατρών του Alico Benefit Club	8
• Εντός του δικτύου των συνεργαζόμενων ιατρών του Alico Benefit Club και στα απογευματινά εξωτερικά ιατρεία των κρατικών νοσοκομείων	Χωρίς όριο
- Ακτινοδιαγνωστικές και Εργαστηριακές εξετάσεις - Φάρμακα	Χωρίς επιμέρους όριο Χωρίς επιμέρους όριο

ΠΑΡΟΧΕΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

- Επίδομα για Φυσιολογικό Τοκετό	€1.500,00
- Επίδομα για Αποβολή	€300,00
- Επίδομα για Καισαρική Τομή	€2.000,00

Δικαίωμα για τα παραπάνω επιδόματα έχουν όσες είναι ενταγμένες στην ασφάλιση για τουλάχιστον **6 μήνες**.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ (αν δεν υποβληθεί για αποζημίωση απόδειξη χειρουργού)

Χειρουργικό Επίδομα από Ασθένεια ή Ατύχημα, ποσοστό (%) κατά περίπτωση, (βλ. Συνημ. 4) επί του ποσού των	€2.000,00
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

Για όλες τις παραπάνω καλύψεις ισχύει ο εξής περιορισμός: Για **6 μήνες** από την ένταξη κάθε ασφαλισμένου (κυρίως ή συντηρούμενου προσώπου) στην ασφάλιση **δεν καλύπτεται** καμία δαπάνη που αφορά τις παρακάτω **προϋπάρχουσες της ασφάλισης χρόνιες σοβαρές παθήσεις**:

ΠΙΝΑΚΑΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΣΟΒΑΡΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ
καρδιακή προσβολή (έμφραγμα μυοκαρδίου)
εγκεφαλικό επεισόδιο
στεφανιαία νόσο που απαιτεί χειρουργική επέμβαση
καρκίνο
χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
Πάρκινσον
μεταμόσχευση οργάνων
κίρρωση ήπατος
απομυελινωτική νόσο του κεντρικού νευρικού συστήματος του εγκεφάλου
παραπληγία
ημιπληγία
τετραπληγία

Η κάλυψη των παραπάνω προϋπαρχουσών παθήσεων αρχίζει μετά την παρέλευση του 6μήνου.

Η Ασφαλιστική Εταιρεία θα αποδίδει τα αναγνωριζόμενα έξοδα Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης, αφού συμπληρωθεί το **ετήσιο εκπιπτόμενο ποσό (€90** για κάθε ασφαλισμένο πρόσωπο).

Στις δαπάνες νοσηλείας, περιλαμβάνονται αμοιβές χειρουργού, αναισθησιολόγου και λοιπές νοσοκομειακές δαπάνες, καθώς και δαπάνες για περιπτώσεις νοσηλείας (π.χ. χημειοθεραπείες, ακτινοβολίες, επεμβατικές διαγνωστικές εξετάσεις) και χειρουργικών επεμβάσεων που δεν απαιτούν διανυκτέρευση.

Σε περίπτωση νοσηλείας εντός του δικτύου των συνεργαζόμενων ή συμβεβλημένων νοσοκομείων του **Alico Benefit Club** (βλ. Πίνακα Συνεργαζόμενων/Συμβεβλημένων Φορέων – Συνημμένο 3), και **εφόσον τα συγκεκριμένα νοσοκομεία έχουν σύμβαση με τον Κύριο Φορέα Ασφάλισης**, η ασφαλιστική Εταιρεία αναλαμβάνει την απευθείας πληρωμή στο Νοσοκομείο του ποσού που προβλέπεται από το ασφαλιστήριο συμβόλαιο και ο ασφαλισμένος καταβάλλει μόνο τη συμμετοχή του. Επίσης, ενεργοποιείται αυτόματα η διαδικασία της απευθείας εκκαθάρισης εξόδων νοσηλείας με τον Κύριο Φορέα Ασφάλισης, όπου προβλέπεται.

Διευκρινίζεται ότι στις περιπτώσεις που το Νοσοκομείο δεν έχει σύμβαση με τον Κύριο Φορέα Ασφάλισης του ασφαλισμένου, ο ασφαλισμένος θα πρέπει να καταβάλει το κόστος της νοσηλείας, να υποβάλει τα έξοδα στον Κύριο Φορέα Ασφάλισης και στη συνέχεια να αποζημιωθεί απολογιστικά από την Ασφαλιστική εταιρεία, όταν ο Κύριος Φορέας Ασφάλισης ολοκληρώσει την εκκαθάριση των εξόδων.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την ενεργοποίηση των παραπάνω, είναι η έγκαιρη ενημέρωση της ασφαλιστικής εταιρείας από τον ασφαλισμένο, σχετικά με την επερχόμενη νοσηλεία, μέσω κλήσης στο τηλεφωνικό κέντρο του **Alico Benefit Club: 800 800 9999** (χωρίς χρέωση) ή **210 6127722** (από κινητό). Το Συντονιστικό Κέντρο λειτουργεί 24 ώρες το 24ωρο / 365 ημέρες το χρόνο. Η αναγγελία για επικείμενη νοσηλεία ή επέμβαση πρέπει να γίνεται σε όλες τις περιπτώσεις, ανεξάρτητα από το αν το νοσοκομείο είναι δημόσιο ή ιδιωτικό, συνεργαζόμενο/συμβεβλημένο ή μη.

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΑ ΔΙΚΑΙΟΥΜΕΝΑ ΕΞΟΔΑ

Νοσοκομειακή Περίθαλψη

Εντός του δικτύου των **συνεργαζόμενων** νοσοκομείων του *Alico Benefit Club*, η Ασφαλιστική εταιρεία θα καταβάλει το **100%** της προκύπτουσας διαφοράς ανά δαπάνη (εκτός του ΦΠΑ), μετά την εκκαθάριση από τον Κύριο Φορέα Ασφάλισης, **εφόσον ο φορέας συμμετέχει στη δαπάνη**. Σημειώνεται ότι τα **εξωτερικά ιατρεία** των συνεργαζόμενων νοσοκομείων θεωρείται ότι είναι **εκτός δικτύου** της *Alico*, συνεπώς τυχόν επισκέψεις ή εξετάσεις που πραγματοποιούνται σε αυτά αποζημιώνονται σύμφωνα με την πολιτική της εταιρείας για τους εκτός δικτύου φορείς (**80%** της προκύπτουσας διαφοράς – εκτός του ΦΠΑ – μετά την εκκαθάριση από τον Κύριο Φορέα Ασφάλισης, **εφόσον ο φορέας συμμετέχει στη δαπάνη**).

Εντός του δικτύου των **συμβεβλημένων** νοσοκομείων του *Alico Benefit Club*, καθώς και σε εκείνα που δεν είναι ούτε συνεργαζόμενα ούτε συμβεβλημένα, η Ασφαλιστική εταιρεία θα καταβάλει το **80%** της προκύπτουσας διαφοράς ανά δαπάνη (εκτός του ΦΠΑ), μετά την εκκαθάριση από τον Κύριο Φορέα Ασφάλισης, **εφόσον ο φορέας συμμετέχει στη δαπάνη**.

Σε περίπτωση που δεν υπάρχει συμμετοχή του Κυρίου Φορέα Ασφάλισης σε κάποια δαπάνη, η Ασφαλιστική εταιρεία θα καταβάλει το **60%** των αναγνωριζόμενων εξόδων ανά δαπάνη (εκτός του ΦΠΑ).

Σε περίπτωση όπου ο Κύριος ή άλλος Ιδιωτικός Φορέας Ασφάλισης ή φορείς σε συνδυασμό έχουν αποζημιώσει τουλάχιστον το 60% των αναγνωριζόμενων εξόδων ανά δαπάνη, η Ασφαλιστική εταιρεία θα καταβάλει το **100%** του υπολειπόμενου ποσού ανά δαπάνη (εκτός του ΦΠΑ).

Αναγνωριζόμενα έξοδα

Ο όρος “αναγνωριζόμενα” έξοδα σημαίνει έξοδα που πραγματοποιήθηκαν από τον ασφαλισμένο υπάλληλο ή από τα συντηρούμενα πρόσωπά του, μετά από σύσταση ιατρού και μέχρι του ανώτατου ποσού αποζημίωσης για κάθε ένα ασφαλισμένο πρόσωπο, όπως αναφέρεται στον Πίνακα Παροχών. **Στα αναγνωριζόμενα έξοδα δεν περιλαμβάνονται οι φόροι, συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ**, και οι τυχόν λοιπές νόμιμες επιβαρύνσεις που επιβάλλονται στις δαπάνες νοσοκομειακής και ιατρικής περίθαλψης, διάγνωσης και στις ιατρικές αμοιβές και, ως εκ τούτου, **δεν αποζημιώνονται**.

Στα Αναγνωριζόμενα Έξοδα περιλαμβάνονται:

1. Δωμάτιο και Τροφή σε αναγνωρισμένο Νοσοκομείο ή Κλινική, μέχρι του Ανώτατου Καταβαλλόμενου Ποσού, που αναφέρεται στον Πίνακα Παροχών για κάθε ημέρα νοσηλείας.
2. Αν από σοβαρή ασθένεια ή ατύχημα και μετά από εντολή του γιατρού, ο ασφαλισμένος εισαχθεί σε Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης, όπως αυτή περιγράφεται από το Νόμο, η Ασφαλιστική Εταιρεία θα αποδίδει ημερησίως τα πράγματι γενόμενα έξοδα μέχρι του ανώτατου καταβαλλόμενου ποσού και του αριθμού ημερών νοσηλείας που αναφέρονται στον Πίνακα Παροχών.
3. Οποιαδήποτε αναγκαία Νοσοκομειακή υπηρεσία και Εφόδια για ιατρική περίθαλψη σε Νοσοκομείο ή Κλινική.
4. Αναισθητικά και η χορήγησή τους. Χρήση του χειρουργείου, των χώρων θεραπείας και εξοπλισμού.
5. Ειδικές περιπτώσεις που το ασφαλισμένο άτομο υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση για την οποία δεν είναι ιατρικά επιβεβλημένο να παραμείνει σαν εσωτερικός ασθενής σε Νοσοκομείο, με την προϋπόθεση ότι τα έξοδα έχουν άμεση σχέση και έγιναν κατά την ημέρα της επέμβασης. Όλες οι αναγνωριζόμενες Νοσοκομειακές Υπηρεσίες πρέπει να έχουν εκτελεστεί ή προσφερθεί από το αρμόδιο Νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου και να αφορούν συγκεκριμένα και μόνο τη θεραπεία του αιτίου ή των αιτίων για τα οποία το ασφαλισμένο άτομο έχει εισαχθεί στο Νοσοκομείο. Στις Νοσοκομειακές Υπηρεσίες που καλύπτει αυτό το Συμπληρωματικό Συμβόλαιο δεν περιλαμβάνονται υπηρεσίες του Νοσοκομείου που δεν αφορούν άμεσα τη θεραπεία του ατυχήματος ή της ασθένειας που αναφέρονται πιο πάνω.
6. Υπηρεσίες ιατρών για διάγνωση, για εγχείρηση ή άλλη ιατρική περίθαλψη, εκτός οδοντιατρικών εξόδων.
7. Έξοδα χειρουργού οδοντίατρου που προσφέρει τις υπηρεσίες του για αποκατάσταση τραύματος των φυσικών δοντιών, λόγω ατυχήματος και μέσα σε διάστημα έξι (6) μηνών από την ημέρα που συνέβη το ατύχημα, με την προϋπόθεση ότι η Ασφαλιστική Εταιρεία έχει ειδοποιηθεί μέσα σε διάστημα 3 μηνών για το εν λόγω ατύχημα. Στην περίθαλψη αυτή περιλαμβάνεται και αντικατάσταση των φυσικών αυτών δοντιών καθώς επίσης και οι απαιτούμενες ακτινογραφίες, μέσα στο αναφερόμενο χρονικό διάστημα.
8. Προσφερόμενες υπηρεσίες από αδειούχο νοσοκόμο, που δεν έχει καμία συγγένεια με τον ασφαλισμένο ούτε μένει στην ίδια κατοικία.
9. Έξοδα συνοδού για νοσηλεία στο εξωτερικό
10. Επίσης καταβάλλονται έξοδα για τις παρακάτω νοσοκομειακές υπηρεσίες και εφόδια:
 - Οξυγόνο και ενοίκιο των απαιτούμενων συσκευών για την παροχή του.
 - Εργαστηριακές εξετάσεις, αναλύσεις, ακτινογραφίες, αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες.
 - Ακτινολογική ή ραδιενεργό θεραπεία με ισότοπα.
 - Έξοδα φυσικοθεραπευτή που δεν είναι συγγενής με τον ασφαλισμένο.
 - Χειρουργικά εξαρτήματα, μετάγγιση αίματος και πλάσματος.
 - Τεχνητά μέλη και μάτια, όταν αυτά είναι απαραίτητα εξαιτίας ατυχήματος ή ασθένειας που συνέβη κατά την διάρκεια που η κάλυψη του ασφαλισμένου ήταν σε ισχύ.
 - Γύψινα εκμαγεία, κοινούς νάρθηκες, επιδέσμους, ορθοπεδικές ζώνες, ειδικά στηρίγματα, δεκανίκια.
 - Ενοικίαση κυλιόμενων καθισμάτων, "κλίνης Νοσοκομείου", ή "σιδηρού πνεύμονος" κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη

Εντός του δικτύου των συνεργαζόμενων Ιατρών και Διαγνωστικών κέντρων του Alico Benefit Club, η Ασφαλιστική εταιρεία θα καταβάλει το **100%** της προκύπτουσας διαφοράς, μετά την εκκαθάριση από τον Κύριο Φορέα Ασφάλισης, **εφόσον ο φορέας συμμετέχει στη δαπάνη.**

Εκτός του δικτύου των συνεργαζόμενων Ιατρών και Διαγνωστικών κέντρων του Alico Benefit Club, η Ασφαλιστική εταιρεία θα καταβάλει το **80%** της προκύπτουσας διαφοράς, μετά την εκκαθάριση από τον Κύριο Φορέα Ασφάλισης, **εφόσον ο φορέας συμμετέχει στη δαπάνη.**

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: **Επισκέψεις ή εξετάσεις** που πραγματοποιούνται στα **εξωτερικά ιατρεία** των συνεργαζόμενων νοσοκομείων θεωρείται ότι είναι **εκτός δικτύου** της *Alico*, συνεπώς αποζημιώνονται σύμφωνα με την πολιτική της εταιρείας για τους εκτός δικτύου φορείς. Αντίθετα, οι **επεμβάσεις** που πραγματοποιούνται σε αυτά αντιμετωπίζονται ως νοσηλείες, οπότε αποζημιώνονται σύμφωνα με τα ισχύοντα για τους εντός δικτύου φορείς.

Για συνταγογραφημένα φάρμακα, η Ασφαλιστική εταιρεία θα καταβάλει το **100%** της προκύπτουσας διαφοράς, **εφόσον ο φορέας συμμετέχει στη δαπάνη**.

Σε περίπτωση που δεν υπάρχει συμμετοχή του Κύριου Φορέα Ασφάλισης σε κάποια δαπάνη, η Ασφαλιστική εταιρεία θα καταβάλει το **60%** της αρχικής δαπάνης.

Αναγνωριζόμενα έξοδα

- Ιατρικές επισκέψεις μέχρι του ποσού και του αριθμού επισκέψεων που αναφέρονται στον Πίνακα Παροχών. Οι ιατρικές πράξεις (θεραπείες ή μικροεπεμβάσεις όπως π.χ. αφαίρεση σπύλων) που πραγματοποιούνται σε ιατρεία αντιμετωπίζονται ως ιατρικές επισκέψεις και αποζημιώνονται σύμφωνα με τους ισχύοντες περιορισμούς (για ιατρούς εκτός δικτύου ABC έως 8 επισκέψεις το χρόνο και έως 60 ευρώ ανά επίσκεψη).
- Ακτινογραφίες και εργαστηριακές εξετάσεις μετά από γνωμάτευση ιατρού. Εξαιρούνται οι ακτινογραφίες για δόντια.
- Έξοδα για την αγορά φαρμάκων, εφόσον χορηγούνται με συνταγή ιατρού.

Τα έξοδα νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης δεν δύνανται να ξεπεράσουν για κάθε ημερολογιακό έτος και για κάθε ασφαλισμένο άτομο το ανώτατο καταβαλλόμενο ποσό, το οποίο αναφέρεται στον Πίνακα Παροχών (βλ. σελ. 6, 7).

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Για τα Συνεργαζόμενα Διαγνωστικά Κέντρα βλ. συνημμένο Πίνακα Συνεργαζόμενων και Συμβεβλημένων Φορέων. Πληροφορίες για το δίκτυο συνεργαζόμενων ιατρών μπορείτε να λάβετε μέσω κλήσης στο τηλεφωνικό κέντρο του **Alico Benefit Club: 800 800 9999** (χωρίς χρέωση) ή **210 6127722** (από κινητό). Το Συντονιστικό Κέντρο λειτουργεί 24 ώρες το 24ωρο / 365 ημέρες το χρόνο.

Δεν καταβάλλονται έξοδα για:

Επιπλέον των Γενικών Εξαιρέσεων που αφορούν όλες τις παροχές του παρόντος Ασφαλιστηρίου, ειδικά στην ΠΑΡΟΧΗ ΤΗΣ ΕΥΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ, δεν καλύπτονται περιπτώσεις που προκαλούνται άμεσα ή έμμεσα, συνολικά ή μερικά, από :

- Συμμετοχή σε αγώνες ταχύτητας ή δεξιοτεχνίας με μηχανοκίνητα μέσα ή επικίνδυνα αθλήματα.
- Απόπειρα αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμός, ανεξάρτητα διανοητικής, ψυχικής ή ψυχολογικής κατάστασης.
- Χρήση εκρηκτικών υλών
- Χρήση ναρκωτικών ή παραισθησιογόνων ουσιών και έξοδα για θεραπεία σε κέντρα υγείας ή για περιόδους καραντίνας ή απομόνωσης ή θεραπεία σε σανατόριο
- Αλκοολισμό ή υπερβολική χρήση (μέθη) οινοπνευματωδών ποτών
- Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) και τα επακόλουθα ή επιπλοκές του
- Γενικές ιατρικές εξετάσεις (check-up), οδοντιατρικές εξετάσεις ή θεραπείες (συμπεριλαμβανομένης οποιασδήποτε ασθένειας της στοματικής κοιλότητας που έχει σχέση με τα δόντια ή και τα ούλα).
- Αισθητικές ή πλαστικές εγχειρήσεις ή θεραπείες σχετιζόμενες με αυτές, αγορά τεχνητών μελών ή ματιών εκτός εάν αυτά είναι απαραίτητα εξαιτίας ατυχήματος ή ασθένειας που συνέβη κατά την διάρκεια που η κάλυψη του ασφαλισμένου ήταν σε ισχύ, αγορά κυλιόμενων καθισμάτων, αγορά κλίνης νοσοκομείου ή σιδηρού πνεύμονος.
- Οφθαλμολογικές εξετάσεις που γίνονται για τη μέτρηση της οφθαλμικής διάθλασης ή θεραπείες ή εγχειρήσεις που σχετίζονται με την διόρθωση της οφθαλμικής διάθλασης, προσαρμογές γυαλιών ή φακών επαφής καθώς και το κόστος αγοράς τους.
- Δαπάνες που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια και λόγω της κύησης (αναλύσεις, εξετάσεις, υπερηχογραφήματα, φάρμακα, ιατρικές επισκέψεις πριν ή μετά τον τοκετό).

- Ο προγεννητικός έλεγχος, η τεχνητή και εξωσωματική γονιμοποίηση και κάθε σχετική επιπλοκή τους. Η τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης καλύπτεται εφόσον έχουν συμπληρωθεί 15 εβδομάδες εγκυμοσύνης και συντρέχουν οι προϋποθέσεις του Ν.1609/86.
- Θεραπείες με βελονισμό ή ομοιοπαθητική και ομοιοπαθητικά φάρμακα, ψυχοθεραπείες, λογοθεραπείες, βοηθητικά όργανα βαρηκοΐας.
- Θεραπείες που αποβλέπουν στην αποκατάσταση της στειρότητας, καθώς και τα φαρμακευτικά και επεμβατικά στάδια της τεχνητής γονιμοποίησης ή τις επιπλοκές τους.
- Παιδικούς Εμβολιασμούς.
- Συγγενείς Παθήσεις.
- Εξετάσεις ή θεραπείες τα έξοδα των οποίων έχουν ήδη καταβληθεί από άλλο ασφαλιστικό φορέα ή Πρόγραμμα καθώς και παροχές που έχουν προσφερθεί δωρεάν.
- Επισκέψεις σε ψυχολόγους ή θεραπείες καθώς και για επισκέψεις ή θεραπείες σχετικές με νευρικές ή ψυχολογικές ή πνευματικές διαταραχές. Οι επισκέψεις σε ψυχιάτρους θα εξετάζονται κατά περίπτωση καθώς προκειμένου να αποζημιωθεί ένας ασφαλισμένος θα πρέπει να αποδεικνύεται ότι η επίσκεψη στον ψυχίατρο έχει συμπτωματολογία παθολογικών αιτίων. Η Ασφαλιστική εταιρεία θα δέχεται τις σχετικές γνωματεύσεις των ψυχιάτρων που περιγράφουν τα παθολογικά συμπτώματα, αλλά διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει επιπλέον σχετική ενημέρωση αν αυτό κριθεί απαραίτητο.
- Τεχνητά μέλη ή υλικά, βοηθητικά εξαρτήματα ή μηχανισμούς.
- Για 6 μήνες από την ένταξη κάθε ασφαλισμένου στο πρόγραμμα δεν καλύπτεται καμία περίπτωση που αφορά προϋπάρχουσες της ασφάλισης χρόνιες σοβαρές παθήσεις (βλ. Πίνακα σελ. 7).

Εκπιπόμενο Ποσό

Το εκπιπόμενο ποσό είναι το ποσό που αναφέρεται στον Πίνακα Παροχών και πρέπει να συσσωρευτεί για κάθε έτος από διάφορα έξοδα προτού ο ασφαλισμένος αρχίσει να αποζημιώνεται από τις παροχές της Εξωνοσοκομειακής Περιθαλψης. Το πιο πάνω ποσό θα αφαιρείται μια φορά κάθε ημερολογιακό έτος και στη συνέχεια θα αποδίδεται στον ασφαλισμένο το προβλεπόμενο ποσοστό στα πραγματοποιηθέντα δικαιούμενα έξοδα.

Απαιτούμενα Δικαιολογητικά

Αν πρόκειται για δαπάνες που έγιναν μέσα σε Νοσοκομείο

- Βεβαίωση αποζημίωσης του Κύριου ή άλλου Φορέα Ασφάλισης.
- Φωτοτυπία Εισιτηρίου – Εξιτηρίου του νοσοκομείου στο οποίο να αναγράφεται η αιτία της νοσηλείας.
- Φωτοτυπία του τιμολογίου στο οποίο εμφανίζονται αναλυτικά τα έξοδα.
- Φωτοτυπία εξοφλητικής απόδειξης τιμολογίου.
- Φωτοτυπία απόδειξης Χειρουργού / Αναισθησιολόγου / Ιατρού / Νοσοκόμου.
- Σε περίπτωση που γίνει χρήση υπηρεσιών αποκλειστικής νοσοκόμου και οι αποδείξεις που εκδίδει δεν είναι θεωρημένες από την Εφορία, τότε θα πρέπει να τις θεωρήσει η Προϊσταμένη Νοσοκόμος του νοσοκομείου στο οποίο νοσηλεύτηκε ο ασφαλισμένος (καθώς και γνωμάτευση ιατρού ότι είναι απαραίτητη η χρήση της αποκλειστικής).

Σε περίπτωση που δε γίνει χρήση του Κύριου Φορέα Ασφάλισης, πρέπει να υποβληθούν τα πρωτότυπα παραστατικά.

Αν πρόκειται για δαπάνες που έγιναν εκτός Νοσοκομείου

- Βεβαίωση αποζημίωσης του Κύριου ή άλλου Φορέα Ασφάλισης.
- Φωτοτυπίες αποδείξεων ιατρού, στις οποίες θα αναγράφεται το όνομα του ασθενή και η φύση της πάθησης.
- Φωτοτυπίες αποδείξεων για ακτινοσκοπήσεις ή εργαστηριακές εξετάσεις μαζί με το παραπεμπτικό για τις εξετάσεις αυτές, στο οποίο θα αναγράφεται το όνομα του ασθενή και η φύση της πάθησης.
- Αν πρόκειται για φάρμακα, φωτοτυπία της συνταγής ιατρού με τη σχετική γνωμάτευση και τη φύση της πάθησης, στο όνομα του ασθενή, και απόδειξη φαρμακείου.

Σε περίπτωση που δε γίνει χρήση του Κύριου Φορέα Ασφάλισης, πρέπει να υποβληθούν τα πρωτότυπα παραστατικά.

Νοσηλεία στο Εξωτερικό

Σε περίπτωση νοσηλείας του ασφαλισμένου εκτός Ελλάδας, οι αποδείξεις και τα δικαιολογητικά θα πρέπει να είναι θεωρημένα από την Ελληνική Πρεσβεία ή το Ελληνικό Προξενείο ή από τοπική αρχή, που έχει σχετική εξουσιοδότηση και να είναι μεταφρασμένα στην Ελληνική γλώσσα.

ΠΑΡΟΧΕΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

Χορηγείται επίδομα για Φυσιολογικό Τοκετό, Αποβολή και Τοκετό που απαιτεί λαπαροτομία (Καισαρική Τομή, Εξωμήτρια Κύηση). **Δεν αποζημιώνονται έξοδα που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ούτε έξοδα μετά τον τοκετό.**

Από τις παροχές Μητρότητας καλύπτεται η ασφαλισμένη υπάλληλος, η σύζυγος του ασφαλισμένου υπαλλήλου και οι άγαμες κόρες των υπαλλήλων μέχρι τη συμπλήρωση των είκοσι επτά (27) ετών.

Δικαίωμα για τις παραπάνω παροχές έχουν όσες είναι ενταγμένες στην ασφάλιση για τουλάχιστον **6 μήνες**.

Σε περίπτωση που λυθεί η σύμβαση εργασίας της ασφαλισμένης υπαλλήλου, η κάλυψη μητρότητας θα συνεχιστεί χωρίς καμία καταβολή ασφαλιστρών αν η εγκυμοσύνη άρχισε πριν την πιο πάνω λύση της σύμβασης εργασίας και εφόσον το συμβόλαιο βρίσκεται σε ισχύ.

Σε ασφαλισμένες συζύγους/κόρες υπαλλήλων δεν θα καταβάλλονται παροχές μητρότητας μετά τη λήξη της σύμβασης εργασίας των υπαλλήλων.

Απαιτούμενα Δικαιολογητικά

- Εισιτήριο – Εξιτήριο Νοσοκομείου ή της Κλινικής στο οποίο να αναγράφεται η αιτία της νοσηλείας / ο τρόπος του τοκετού και το όνομα της ασφαλισμένης
- Ληξιαρχική πράξη γέννησης του παιδιού
- Ιστολογική Εξέταση για περιπτώσεις Αποβολής.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ

Αν ο ασφαλισμένος εισαχθεί σε Δημόσιο Νοσοκομείο ή Ιδιωτική Κλινική (σαν εσωτερικός ασθενής) και υποβληθεί σε εγχείρηση από ιατρό χειρουργό, η Εταιρεία θα καταβάλει επίδομα το οποίο, ανάλογα με τη σοβαρότητα της επέμβασης, θα κυμαίνεται από 100€ έως 2.000€. Προϋπόθεση για την καταβολή του επιδόματος αυτού είναι ότι ο ασφαλισμένος **δεν θα υποβάλει αποδείξεις χειρουργού** προς αποζημίωση.

Η κλιμάκωση, ανάλογα με τη σοβαρότητα της επέμβασης, είναι η ακόλουθη:

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΑΝΩΤΑΤΟΥ ΠΟΣΟΥ (2.000€)
Ειδικές-Εξαιρετικά βαρείες	100%
Βαρείες	80%
Μεγάλες	60%
Μεσαίες	40%
Μικρές	15%
Πολύ μικρές	5%

Απαιτούμενα Δικαιολογητικά

- Εισιτήριο – Εξιτήριο του Νοσοκομείου ή της Κλινικής στο οποίο να αναγράφεται η αιτία της νοσηλείας και το όνομα του ασθενή.
- Βεβαίωση του Νοσοκομείου ή της Κλινικής για την επέμβαση που πραγματοποιήθηκε.

Ενδεικτικός Πίνακας Χειρουργικών Επεμβάσεων δίνεται στο Συνημμένο 4.

Ζ. ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΥΝΤΗΡΟΥΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ

1. Στα συντηρούμενα πρόσωπα (**σύζυγο** ηλικίας μέχρι και 67 ετών και **άγαμα τέκνα** ηλικίας από 30 ημερών μέχρι και 27 ετών) παρέχονται **μόνο** οι καλύψεις της παραγράφου 5 του κεφαλαίου ΣΤ (δηλ. Νοσοκομειακή Περιθαλψη, Εξωνοσοκομειακή Περιθαλψη, Χειρουργικό Επίδομα και Παροχές Μητρότητας).
2. Για την ασφάλιση των συντηρούμενων προσώπων απαιτείται η συμπλήρωση αίτησης, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο επόμενο κεφάλαιο «ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ». Ο υπάλληλος του ΟΤΕ δηλώνει στην ασφαλιστική εταιρεία τα υφιστάμενα συντηρούμενα πρόσωπά του, των οποίων επιθυμεί τη συμμετοχή στην ασφάλιση.
 Αν ο υπάλληλος αποκτήσει νέο συντηρούμενο πρόσωπο (σύζυγο ή τέκνο) μετά την ημερομηνία έναρξης της κάλυψής του ως υπαλλήλου, θα πρέπει να υποβάλει αίτηση για την κάλυψη της συζύγου **το αργότερο εντός 60 ημερών** από την τέλεση γάμου ή για την κάλυψη του τέκνου **το αργότερο εντός 90 ημερών** από τη γέννησή του. Στην αίτηση πρέπει να επισυνάπτει την αντίστοιχη Ληξιαρχική Πράξη (Γάμου ή Γέννησης).
 Αν ο υπάλληλος υποβάλει αίτηση συμμετοχής για συντηρούμενα πρόσωπα **μετά** το πέρας των παραπάνω προθεσμιών, τα πρόσωπα αυτά θα ασφαλιζονται από την επόμενη επέτειο του Συμβολαίου (1^η Ιανουαρίου του επόμενου έτους). Σε περίπτωση που ο υπάλληλος επιθυμεί να τα εντάξει στην ασφάλιση ενωρίτερα από την 1^η Ιανουαρίου, τότε μαζί με την αίτηση πρέπει να συνυποβάλει αποδεικτικά καλής υγείας (Συνημ. 6) για κάθε ένα από τα συντηρούμενα πρόσωπα, ικανοποιητικά για την Ασφαλιστική Εταιρεία. Αν υποβληθούν τέτοια αποδεικτικά, τα συντηρούμενα πρόσωπα θα ασφαλιστούν από την ημερομηνία που η Ασφαλιστική Εταιρεία θα αποφασίσει ότι τα αποδεικτικά που υποβλήθηκαν είναι ικανοποιητικά.
3. Το κόστος των ασφαλίσεων ανέρχεται σε:
 - **€8,72** το μήνα για ένα συντηρούμενο πρόσωπο
 - **€17,45** το μήνα για δύο ή περισσότερα συντηρούμενα πρόσωπα
4. Τα ασφάλιστρα θα παρακρατούνται κάθε μήνα από τη μισθοδοσία του κυρίως ασφαλισμένου.

Η. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

1. Όλοι οι δικαιούχοι ασφάλισης εργαζόμενοι στον ΟΤΕ (σύμφωνα με τα οριζόμενα στο Κεφ. Γ) συμμετέχουν στο ομαδικό ασφαλιστήριο, με δαπάνες του ΟΤΕ, ως κυρίως ασφαλισμένοι.

Προκειμένου να γνωστοποιηθούν στην ασφαλιστική εταιρεία τα πλήρη στοιχεία κάθε νέου εργαζομένου που δικαιούται ασφάλιση καθώς και η πρόθεσή του να ορίσει αφενός δικαιούχους για την περίπτωση θανάτου του, αφετέρου συντηρούμενα πρόσωπα (εφόσον επιθυμεί να τα ασφαλίσει), το αρμόδιο Τμήμα Διοικητικών & Οικονομικών Θεμάτων εφοδιάζει τον εργαζόμενο με το έντυπο «Αίτηση για Εγγραφή στην Ομαδική Ασφάλεια» (Συνημ. 1), μεριμνά για την ορθή συμπλήρωσή του και, αφού υπογραφεί από τον Προϊστάμενό του, το αποστέλλει με υπηρεσία ταχυμεταφοράς στη διεύθυνση:

Metlife Alico
 Τμήμα Διαχείρισης Ομαδικών Συμβολαίων Ζωής & Υγείας
 Υπόψη κ. Μαρίας Αποστολάκη
 Λ. Κηφισίας 119
 151 24 Μαρούσι, Αττική

Ημερομηνία έναρξης στην ασφάλιση θα είναι η πρώτη ημέρα του μήνα μετά την πρόσληψη του κυρίως ασφαλισμένου ενώ η κάλυψη για προϋπάρχουσες χρόνιες σοβαρές παθήσεις (βλ. Πίνακα σελ. 7) είτε του ίδιου είτε των συντηρούμενων προσώπων του, θα αρχίζει μετά την παρέλευση 6 μηνών.

2. Για την καταβολή της αποζημίωσης λόγω θανάτου θα πρέπει να έχουν ορισθεί δικαιούχοι με τη συμπλήρωση του σχετικού πίνακα της «Αίτησης για Εγγραφή στην Ομαδική Ασφάλεια».

Σε περίπτωση μη συμπλήρωσης του πίνακα δικαιούχων, δικαιούχοι θα είναι οι νόμιμοι κληρονόμοι του ασφαλισμένου.

Ο κυρίως ασφαλισμένος μπορεί να αλλάζει τους δικαιούχους συμπληρώνοντας νέο έντυπο το οποίο θα προμηθεύεται από το Τμήμα Διοικητικών & Οικονομικών Θεμάτων. Το συμπληρωμένο έντυπο θα αποστέλλεται υπηρεσιακά στην ασφαλιστική εταιρεία.

5. Για ένταξη υπαλλήλου του ΟΤΕ του οποίου διακόπτεται η διάθεση/δανεισμός σε θυγατρική εταιρεία του ΟΤΕ, στην οποία ήταν ενταγμένος σε άλλο ασφαλιστήριο, ή σε εταιρεία που έχει επενδύσει ο ΟΤΕ στο Εξωτερικό ή σε διεθνή οργανισμό, οι ανωτέρω ενέργειες θα γίνονται από το Τμήμα Διοικητικών & Οικονομικών Θεμάτων της υπηρεσίας στην οποία τοποθετείται ο υπάλληλος. Το Τμήμα Παρακολούθησης Αποσπασμένου Προσωπικού της Δ/σης Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού θα ανακοινώνει την Απόφαση διακοπής της διάθεσης/δανεισμού του υπαλλήλου στη Δ/ση Οργάνωσης, Συστημάτων Αμοιβών & HR Controlling Σταθερής & Κινητής Τηλεφωνίας και αυτή θα αποστέλλει γραπτή ειδοποίηση προς την ασφαλιστική εταιρεία.
6. Σε περίπτωση που και οι δύο σύζυγοι είναι υπάλληλοι του ΟΤΕ, τον πίνακα για τα συντηρούμενα πρόσωπα (τέκνα), εφόσον επιθυμούν να τα ασφαλίσουν, συμπληρώνει μόνο ο ένας.

Θ. ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Οι καλύψεις του ομαδικού ασφαλιστηρίου παύουν:

1. Για τους κυρίως ασφαλισμένους

- Όταν ακυρωθεί το ασφαλιστήριο συμβόλαιο.
- Όταν λυθεί ή ανασταλεί η εργασιακή σχέση με τον ΟΤΕ.

Σε περίπτωση συνταξιοδότησης, ο κυρίως ασφαλισμένος μπορεί, αναλαμβάνοντας ο ίδιος το κόστος των αναλογούντων ασφαλίσεων, να μετατρέψει την Ομαδική Ασφάλεια Ζωής σε Ατομικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο Ζωής χωρίς ιατρική εξέταση.

Το Ατομικό Συμβόλαιο Ασφάλειας Ζωής μπορεί να είναι ένα από τα οποιαδήποτε Ατομικά Συμβόλαια Ζωής που εκδίδει η Ασφαλιστική Εταιρεία τη δεδομένη χρονική στιγμή. Δεν μπορεί όμως να είναι Ατομικό Ασφαλιστήριο τύπου απλής Ασφάλειας Ζωής ή Συμβόλαιο που περιλαμβάνει παροχές ανικανότητας ή πρόσθετες παροχές εξ αιτίας θανάτου από ατύχημα.

Η μετατροπή αυτή θα πραγματοποιηθεί με την προϋπόθεση ότι η Ασφαλιστική Εταιρεία θα έχει λάβει, μέσα σε τριάντα (30) ημέρες από την ημερομηνία που η ομαδική ασφάλιση του υπαλλήλου έχει λήξει, γραπτή αίτησή του και την πρώτη καταβολή ασφαλίστρου.

- Όταν διατεθεί (με δανεισμό) ο ασφαλισμένος σε θυγατρική εταιρεία του ΟΤΕ, η οποία εντάσσει το προσωπικό της σε δικό της ομαδικό ασφαλιστήριο.

Στην περίπτωση αυτή, **η θυγατρική εταιρεία** θα ενημερώνει το Τμήμα Παρακολούθησης Αποσπασμένου Προσωπικού της Δ/σης Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού στο fax: **210 6117289 & 210 6117627** για την ημερομηνία ένταξής του στο ομαδικό της ασφαλιστήριο και αυτό, εν συνεχεία, θα γνωστοποιεί τη διακοπή της ασφάλισής του στη Δ/ση Οργάνωσης, Συστημάτων Αμοιβών & HR Controlling Σταθερής & Κινητής Τηλεφωνίας. Η τελευταία θα αποστέλλει γραπτή ειδοποίηση στην ασφαλιστική εταιρεία.

- Όταν διατεθεί ο ασφαλισμένος σε διεθνή Οργανισμό.
Το Τμήμα Παρακολούθησης Αποσπασμένου Προσωπικού γνωστοποιεί ως ανωτέρω την ημερομηνία διακοπής της ασφάλισης.
- Όταν συμπληρωθεί το όριο ηλικίας (67 έτη για όλες τις καλύψεις, πλην αυτής της Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας για την οποία το όριο είναι τα 65 έτη).

2. Για τα συντηρούμενα πρόσωπα

- Όταν ακυρωθεί το ασφαλιστήριο συμβόλαιο.
- Όταν διακοπεί η ασφάλιση του κυρίως ασφαλισμένου.

- Όταν συμπληρωθεί το όριο ηλικίας, δηλ. 67 ετών για τον/τη σύζυγο, 27 ετών για τα άγαμα τέκνα. (Τα τέκνα που έχουν χαρακτηριστεί ως **άτομα με ειδικές ανάγκες** καλύπτονται και **μετά την ηλικία των 27 ετών**, μέχρι τη λήξη της ασφάλισης του κυρίως ασφαλισμένου, αρκεί ο ενδιαφερόμενος γονέας να αποστείλει στην Alico τα σχετικά δικαιολογητικά).

Ο κάθε ασφαλισμένος, σε περίπτωση μεταβολής του αριθμού των συντηρούμενων προσώπων που έχουν δηλωθεί στην ασφαλιστική εταιρεία, θα υποβάλλει στο Τμήμα Διοικητικών & Οικονομικών Θεμάτων της Υπηρεσίας του νέο έντυπο «Αίτησης για Εγγραφή στην Ομαδική Ασφάλεια» στο οποίο θα καταγράφει εκείνα τα πρόσωπα που επιθυμεί να είναι ασφαλισμένα. Το έντυπο θα αποστέλλεται υπηρεσιακά με υπηρεσία ταχυμεταφοράς στην ασφαλιστική εταιρεία.

I. ΚΑΤΑΘΕΣΗ - ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ

Τα δικαιολογητικά που αφορούν ιατρική περίθαλψη – νοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή – θα πρέπει να συνοδεύονται από το έντυπο: «ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ – ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ» (Συνημ. 2) και θα αποστέλλονται:

1. μέσω των κατά τόπους συνεργατών της Alico, όπου υπάρχουν (βλ. Συνημ. 5) ή
2. με συστημένη επιστολή ή υπηρεσία ταχυμεταφοράς στην εξής διεύθυνση:

MetLife Alico
Τμήμα Ομαδικών Αποζημιώσεων Ζωής & Υγείας
Υπόψη κ. Μαρίας Τσελέντη
Λ. Κηφισίας 119
151 24 Μαρούσι, Αττική

Εκτός από το προαναφερόμενο έντυπο που πρέπει να συνοδεύει κάθε αίτηση αποζημίωσης, πρέπει να υποβάλλονται τα κατά περίπτωση απαιτούμενα δικαιολογητικά (βλ. σελ. 11–12).

ΙΑ. ΧΡΟΝΟΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ – ΠΛΗΡΩΜΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ

Τα δικαιολογητικά πρέπει να αποστέλλονται στην Ασφαλιστική Εταιρεία εντός 3 μηνών από τότε που επήλθε η ασφαλιστική περίπτωση αν δεν έχουν υποβληθεί στον Κύριο Φορέα Ασφάλισης, ή εντός 6 μηνών από τότε που επήλθε η ασφαλιστική περίπτωση αν έχουν υποβληθεί στον Κύριο Φορέα Ασφάλισης. Σε περίπτωση που υπάρχει **καθυστέρηση στην έκδοση της βεβαίωσης του κύριου φορέα με κίνδυνο να παρέλθει η προθεσμία των 6 μηνών**, ο ασφαλισμένος υποχρεούται να γνωστοποιήσει στην ασφαλιστική εταιρεία την απαίτησή του αποστέλλοντας τις φωτοτυπίες των δαπανών του με σχετική σημείωση ότι δεν του έχει σταλεί ακόμα η πρωτότυπη βεβαίωση του κύριου φορέα. Στη συνέχεια, όταν την λάβει, θα την αποστείλει κανονικά στην ασφαλιστική εταιρεία ώστε να προχωρήσει η επεξεργασία της απαίτησής του.

Είναι σημαντικό οι αποδείξεις και τα δικαιολογητικά να είναι σωστά και πλήρως συμπληρωμένα, ώστε να μην χάνεται πολύτιμος χρόνος με την επιστροφή και τη διόρθωσή τους.

Τα δικαιούμενα ποσά αποζημιώσεων θα κατατίθενται στο λογαριασμό μισθοδοσίας του κυρίως ασφαλισμένου, όμως δε θα απεικονίζονται στο εκκαθαριστικό σημείωμα μισθοδοσίας.

Η σχετική ενημέρωση του κυρίως ασφαλισμένου από την ασφαλιστική εταιρεία θα γίνεται με αποστολή e-mail σε όσους διαθέτουν υπηρεσιακό λογαριασμό ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Σε διαφορετική περίπτωση, το αναλυτικό δελτίο αποζημίωσης θα αποστέλλεται ταχυδρομικά στην υπηρεσιακή διεύθυνση του εργαζομένου.

Η ασφαλιστική εταιρεία θα αποστέλλει επίσης και σημείωμα με το ποσό που δεν αποζημιώνεται καθώς και με το ποσό των καταβληθέντων από τον ίδιο τον ασφαλισμένο ασφαλιστρών που αφορούν τα συντηρούμενα πρόσωπά του, για φορολογική χρήση κάθε χρόνο.

ΙΒ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Για τυχόν διευκρινίσεις σχετικά με τις παροχές, τη διαδικασία και την πορεία των αποζημιώσεων, η επικοινωνία με την Alico θα γίνεται:

- εγγράφως στο φαξ: **210 612 3728** (υπόψη κας Τσελέντη) ή
- με την αποστολή e-mail στη διεύθυνση: maria.tselenti@metlifealico.gr ή
- τηλεφωνικά στο **210 8787400** από 10.00 έως 13.00 (εργάσιμες ημέρες).

Για πληροφορίες σχετικά με εφημερίες νοσοκομείων και φαρμακείων, για καθοδήγηση σε επείγοντα περιστατικά, για νοσηλεία είτε σε συνεργαζόμενα/συμβεβλημένα με την Alico νοσοκομεία είτε σε δημόσια, για εξετάσεις σε συνεργαζόμενα με την Alico διαγνωστικά κέντρα και ραντεβού με ιατρούς, οι ασφαλισμένοι μπορούν να καλούν στο τηλεφωνικό κέντρο του *Alico Benefit Club*: **800 800 9999** (χωρίς χρέωση) ή στο **210 6127722** (από κινητό) 24 ώρες το 24ωρο, 365 ημέρες το χρόνο.

Σε περίπτωση που κάποιος ασφαλισμένος αντιμετωπίσει πρόβλημα όσον αφορά την εξυπηρέτησή του από το *Alico Benefit Club* μπορεί να ζητήσει διερεύνηση του περιστατικού με τη συμπλήρωση και αποστολή στην Alico του σχετικού εντύπου (Συνημ. 7) με ανακοίνωση στη Δ/ση Οργάνωσης, Συστημάτων Αμοιβών & HR Controlling Σταθερής & Κινητής Τηλεφωνίας.

Της παρούσας να λάβει γνώση με υπογραφή όλο το προσωπικό του ΟΤΕ με ευθύνη των Προϊσταμένων του.

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:

1. Έντυπο: «ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ»
2. Έντυπο: «ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ – ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ
3. Πίνακας Συνεργαζόμενων/Συμβεβλημένων Φορέων
4. Ενδεικτικός Πίνακας Χειρουργικών Επεμβάσεων
5. Λίστα Συνεργατών MetLife Alico ανά Γεωγραφική Περιοχή
6. Ερωτηματολόγιο Υγείας
7. «ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΜΗ ΣΥΜΜΟΡΦΟΥΜΕΝΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ»

ΕΛΕΝΑ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ
ΓΕΝ. Δ/ΝΤΡΙΑ ΑΝΘΡ. ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΟΜΙΛΟΥ ΟΤΕ

ΣΥΝΗΜΜΕΝΟ 1

Έντυπο: «ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ»



ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ

POLICY NUMBER

43158

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

ENROLLMENT CARD FOR GROUP PLANS

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ / PLEASE COMPLETE ALL ANSWERS WITH CAPITAL

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΑΛΛΗΛΟ / TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYEE

ΕΠΙΘΕΤΟ / SURNAME	ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ DATE OF BIRTH			
ΟΝΟΜΑ FIRST NAME	ΑΓΑΜΟΣ SINGLE	ΕΓΓΑΜΟΣ MARRIED	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ DIVORCED	ΧΗΡΟΣ WIDOWED
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ FATHER NAME	ΔΕΞΙΟΧΕΙΡΑΣ RIGHT-HANDED	ΑΡΙΣΤΕΡΟΧΕΙΡΑΣ LEFT-HANDED	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ No OF CHILDREN	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, Τ.Κ., ΠΟΛΗ) HOME ADDRESS (STREET, NUMBER, AREA CODE, CITY)				
ΤΗΛ. ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ HOME TELEPHONE		Αρ. Κινητού Τηλεφώνου Mobile Tel. No		
Ηλ. Διεύθυνση e-mail		Α.Φ.Μ. TAX ID No	ΚΑΜ	

ΟΡΙΖΩ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ ΜΟΥ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ / I APPOINT AS BENEFICIARIES IN EVENT OF MY DEATH AS FOLLOWS:

ΕΠΙΘΕΤΟ / LAST NAME	ΟΝΟΜΑ / NAME	ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ / DATE OF BIRTH	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ / RELATIONSHIP

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

DATE

SIGNATURE OF EMPLOYEE

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΑΛΛΗΛΟ / TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYEE

ΓΡΑΨΤΕ ΤΑ ΟΝΟΜΑΤΑ ΤΗΣ / ΤΟΥ ΣΥΖΥΓΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΓΑΜΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΑΣ * ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΝΑ ΕΧΟΥΝ ΚΑΛΥΨΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΒΛΕΠΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΟΜΑΔΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ

LIST BELOW NAMES OF SPOUSE AND UNMARRIED CHILDREN * THAT YOU WISH TO BE COVERED FROM THE BENEFITS THAT ARE STATED IN THE INSURANCE POLICY

ΕΠΙΘΕΤΟ / SURNAME	ΟΝΟΜΑ / NAME	ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ / DATE OF BIRTH	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ / RELATIONSHIP

* ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ 27 ΕΤΩΝ

Διευκρινίζεται ότι από τα παραπάνω δηλωθέντα παιδιά, τα παρακάτω αποτελούν άτομα με ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ):

Σε περίπτωση θανάτου κάποιου από τους πιο πάνω δικαιούχους μου πριν από μένα, το μερίδιο του θα περιέλθει στους επιζώντες δικαιούχους ή δικαιούχο ή σε περίπτωση που δεν υπάρχει δικαιούχος, στους νόμιμους κληρονόμους μου. Διατηρώ το δικαίωμα να αλλάξω οτιονδήποτε από τους πιο πάνω δικαιούχους.

Με την παρούσα εξουσιοδοτώ τον εργοδότη μου, να παρακρατεί από τις Μηνιαίες Αποδοχές μου και να καταβάλει για λογαριασμό μου στην Alico το ποσό συμμετοχής στα ασφαλιστήρια εφόσον προβλέπεται από το Συμβόλαιο Ομαδικής Ασφάλισης, που αναλογεί για την κάλυψη την δική μου ή/και των εξαρτώμενων μελών της οικογένειάς μου.

Συγκατατίθεμαι στην διάθεση και χρήση του προσωπικού μου τραπεζικού λογαριασμού IBAN μισθοδοσίας για τον σκοπό της πίστωσης των αποζημιώσεων απευθείας στον τραπεζικό λογαριασμό.

Συγκατατίθεμαι στην επτεξεργασία κατά την έννοια του ν. 2472/1997, των ως άνω προσωπικών μου δεδομένων για τον σκοπό της ασφάλισης και της ενημέρωσής μου για τα ασφαλιστικά προγράμματα και τις λοιπές υπηρεσίες που προσφέρει η Ασφαλιστική Εταιρεία, είναι δε δυνατόν να γνωστοποιηθούν σύμφωνα με τους όρους προστασίας προσωπικών δεδομένων που τηρεί η Ασφαλιστική Εταιρεία σε διαγνωστικά κέντρα, καθώς και σε εταιρία παροχής τηλεφωνικών υπηρεσιών που θα επιλέξει η Ασφαλιστική Εταιρεία για τους σκοπούς της παρούσης αίτησης εγγραφής καθώς και σε άλλες συνεργαζόμενες με την Ασφαλιστική Εταιρεία επιχειρήσεις με σκοπό την παροχή υπηρεσιών προς τους Ασφαλισμένους της Εταιρείας. Αντλαμβάνομαι ότι έχω δικαίωμα πρόσβασης στις πληροφορίες που αναφέρονται στο άρθρο 12 ν.2472/1997 υπό τις προϋποθέσεις που ορίζονται σε αυτό, καθώς επίσης και δικαίωμα προβολής ανηρρήσεων ως προς την επτεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στο άρθρο 13 ν.2472/1997. Το δικαίωμα πρόσβασης ή προβολής ανηρρήσεων ασκείται με έγγραφο που αποστέλλεται αποδεδειγμένα στην Ασφαλιστική Εταιρεία (Λ. Κηφισίας 119 - Μαρούσι Αττικής 151 24, τηλ. 2108787 000).

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

DATE

SIGNATURE OF EMPLOYEE

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

NAME OF EMPLOYER

ΟΤΕ Α.Ε.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ

DATE

STAMPED AND SIGNED ON BEHALF OF SUPERVISOR

ΣΥΝΗΜΜΕΝΟ 2



ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ:
(Συμπληρώνεται από το Τμήμα Αποζημιώσεων)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ: 43158
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ: ΟΤΕ Α.Ε.

ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ – ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ
ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:	
2. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ – (ΟΔΟΣ, ΑΡΙΘΜΟΣ, Τ.Κ, ΠΟΛΗ):	
ΤΗΛ. ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:	Κινητό:
EMAIL:	KAM:
3. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΗ:	
4. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:	5. ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ:
6. ΠΑΘΗΣΗ:	
7. Ο ΠΑΘΩΝ ΕΙΧΕ ΑΣΘΕΝΗΣΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΑΠΟ ΑΥΤΗΝ ΤΗΝ ΑΙΤΙΑ; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΤΕ;	
8. ΘΕΡΑΠΟΝΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ:	
<p>Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις και εξουσιοδοτώ τον οποιονδήποτε φορέα ιατρικών υπηρεσιών που επισκέφτηκα για την πιο πάνω περίπτωση να παρέχουν στη Metlife Alico και σε κάθε εξουσιοδοτημένο από αυτήν πρόσωπο, όλες τις πληροφορίες του ιατρικού μου φακέλου, συμπεριλαμβανομένων του ιατρικού ιστορικού, των αποτελεσμάτων των ιατρικών και διαγνωστικών εξετάσεων, των διαγνώσεων και των θεραπειών. Συγκατατίθεμαι επίσης στην επεξεργασία, κατά την έννοια του νόμου 2472/1997, των ως άνω ευαίσθητων δεδομένων μου από την Alico, με σκοπό την αξιολόγηση της ασφαλιστικής περίπτωσης που της ανήγγελα.</p>	
Ημερομηνία:	Υπογραφή Ασφαλισμένου:

Διευκρινίζεται ότι είναι υποχρεωτική η συμπλήρωση όλων των παραπάνω σημείων για τη σωστή και έγκαιρη αποζημίωση όλων των περιπτώσεων

Όταν η αποστολή των Δικαιολογητικών γίνεται απ' ευθείας προς την Ασφαλιστική Εταιρεία, προτείνεται η αποστολή μέσω Courier με σκοπό την ταχύτερη εξυπηρέτηση του ασφαλισμένου και την εξασφάλιση παράδοσης της αλληλογραφίας.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΛΗΠΤΗ:
MetLife Alico
ΤΜΗΜΑ ΟΜΑΔΙΚΩΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ ΖΩΗΣ & ΥΓΕΙΑΣ
Διεύθυνση: Λ. Κηφισίας 119, 151 24 Μαρούσι, Αττική

ΣΥΝΗΜΜΕΝΟ 3

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ/ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΩΝ ΦΟΡΕΩΝ

Συνεργαζόμενες Κλινικές

ΑΤΤΙΚΗ

- ΥΓΕΙΑ
- ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ Π. ΦΑΛΗΡΟΥ
- ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ
- ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΟΥ (πρώην Απολλώνιο)
- ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ
- ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ (Αχαρνών)
- ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ (Κέντρο)
- ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ (Γηροκομείο)
- ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΙΡΑΙΑ
- ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ (Πλατεία Μαβίλη)
- MEDITERRANEO HOSPITAL (Γλυφάδα)

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

- ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ
- ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
- ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
- ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

ΚΡΗΤΗ

- CRETA INTERCLINIC

ΠΑΤΡΑ

- ΟΛΥΜΠΙΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ

Συμβεβλημένες Κλινικές

ΑΤΤΙΚΗ

- ΜΗΤΕΡΑ (Γυναικολογική & Παιδιατρική Κλινική)
- ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ
- DOCTORS' HOSPITAL
- ΠΕΙΡΑΪΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ (Πειραιάς)
- ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

- ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ (PERFECT VISION)

Διαγνωστικά Κέντρα

- ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ (Πανελλαδικό Δίκτυο)
- EUROMEDICA (Πανελλαδικό Δίκτυο)
- ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ (Αθήνα)
- ΑΞΟΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ (Πλατεία Αμερικής, Αθήνα)
- ΒΙΟΤΥΠΟΣ (Αθήνα, Π. Φάληρο, Χαλάνδρι, Χολαργός)
- ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ (Ν. Σμύρνη)
- ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (Αθήνα)
- ΔΙΑΓΝΩΣΗ
- ΠΟΣΕΙΔΩΝΙΟ
- ΕΥΡΩΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ (Πλατεία Κάνιγκος)
- BIOMEDICIN (Μαρούσι)
- ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ (Λ. Βάρης - Κορωπίου)
- ΙΑΤΡΕΙΟ ΥΠΕΡΧΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ Ν. ΛΙΑΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε. (Αθήνα)
- ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΠΕΙΡΑΙΑ
- ΕΥΡΩΪΑΤΡΙΚΗ ΠΕΙΡΑΙΑ
- ΚΟΣΜΟΪΑΤΡΙΚΗ Α.Ε. (ΠΑΤΗΣΙΑ)
- ΚΟΥΝΕΛΑΣ Α.Ε. (Ν. ΕΡΥΘΡΑΙΑ)
- ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ (ΚΑΛΛΙΘΕΑ)
- ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ
- ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΥΓΕΙΑ

ΥΠΟΛΟΙΠΗ ΕΛΛΑΔΑ

- ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ (Β. Ελλάδα, Θεσσαλονίκη)
- ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΡΗΤΗΣ (Κρήτη)
- ΟΛΥΜΠΙΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ (Πάτρα, Εξωτερικά Ιατρεία)
- ΕΥΡΩΪΑΤΡΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
- ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΟΖΑΝΗΣ ΜΙΧΑΗΛΙΔΗΣ
- ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ ΚΑΒΑΛΑΣ
- ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΠΑΡΤΗΣ
- ΠΡΟΤΥΠΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ (ΚΑΛΑΜΑΤΑ)
- ΕΥΡΩΙΑΤΡΙΚΗ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ
- ΙΑΤΡΙΚΟ ΧΑΝΙΩΝ

1850 Ιατροί Πανελλαδικά!

Επίσκεψη στο ιατρείο για κλινική εξέταση = 25€

Επίσκεψη κατ' οίκον (καθημερινές 7.00 – 22.00) = 50€

Επίσκεψη κατ' οίκον (καθημερινές 22.00 – 7.00 ή Σαββατοκύριακο & Αργίες) = 60€

Προενημέρωση στο Συντονιστικό Κέντρο

Για να αξιοποιήσετε όλα τα μοναδικά προνόμια που σας προσφέρει το **Alico Benefit Club** (διαγνωστικές εξετάσεις, επίσκεψη σε Ιατρό και νοσηλεία), **απαραίτητη είναι η προηγούμενη επικοινωνία σας με το Συντονιστικό Κέντρο** που θα σας καθοδηγήσει και θα σας διευκολύνει.

800 800 99 99 ή **210 61 27 722**
(χωρίς χρέωση από σταθερό) (κλήσεις από κινητό)

Στη διάθεσή σας 24 ώρες το 24ωρο / 365 ημέρες το χρόνο !!!

Εποφεληθείτε με ένα τηλεφώνημα !!!

*Το **Alico Benefit Club** είναι ένα δυναμικό σύστημα, το οποίο συνεχώς αναβαθμίζεται και εμπλουτίζεται με υψηλής ποιότητας υπηρεσίες και οφέλη για τους ασφαλισμένους μας, για τις οποίες θα σας ενημερώνουμε διαρκώς. Η MetLife Alico διατηρεί το δικαίωμα της μετατροπής των χαρακτηριστικών ή την κατάργηση μέρους ή όλων των παρεχομένων υπηρεσιών του **Alico Benefit Club** χωρίς προηγούμενη ενημέρωση.*

ΣΥΝΗΜΜΕΝΟ 4

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ**1. ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ****α. ΚΕΦΑΛΗ – ΛΑΙΜΟΣ**

• Πλαστική εγχείρηση χειλέων	Μικρή
• Επιθιλίωμα χείλους με εξαίρεση αδένων	Μεγάλη
• Μερική γλωσσεκτομή	Μεγάλη
• Επιθιλίωμα γλώσσας με ριζική εξαίρεση αδένων	Μεγάλη
• Διατομή χαλινού γλώσσας	Πολύ μικρή
• Ριζική εγχείρηση για κακοήθη όγκο υπερώας	Μεγάλη
• Εξαίρεση σιαγόνας	Μεγάλη
• Εξαίρεση σιαλόλιθου	Μικρή
• Εξαίρεση σιαλογόνου αδένου	Μεσαία
• Εξαίρεση όγκου παρωτίδος	Μεγάλη
• Εξαίρεση παρωτίδος	Μεγάλη
• Εξαίρεση Βραγχιακής κύστεως ή συριγγίου	Μεσαία
• Εξαίρεση θυρογλωσσικής κύστεως ή συριγγίου	Μεσαία
• Ριζική εξαίρεση λεμφαδένων λαιμού (block dissection)	Μεγάλη
• Εξαίρεση αυχενικής πλευράς	Μεγάλη
• Θυρεοειδεκτομή	Μεγάλη
• Εγχείρηση για όγκο παραθυρεοειδών	Μεγάλη

β. ΜΑΣΤΟΣ

• Εξαίρεση όγκου μαστού ή κύστεως ή μερική εκτομή μαστού	Μεγάλη
• Απλή μαστεκτομή	Μεσαία
• Ριζική μαστεκτομή	Μεγάλη

γ. ΚΟΙΛΙΑ

• Λαπαροτομία	Μεσαία
• Σκωληκοειδεκτομή	Μεσαία
• Παροχέτευση ενδοκοιλιακού αποστήματος	Μεσαία
• Κήλες (Βουβωνοκήλη, μηροκήλη, ομφαλοκήλη, κήλη λευκής γραμμής, μετεγχειρητική κοιλιοκήλη	Μεσαία
• Διαφραγματοκήλη	Μεγάλη
• Γαστρεκτομή	Μεγάλη
• Βαγοτομή	Μεγάλη
• Διάτρηση έλκους – συρραφή	Μεσαία
• Εξαίρεση εκκολπώματος δωδεκαδακτύλου	Μεγάλη
• Εξαίρεση τμήματος λεπτού εντέρου και αναστόμωση	Μεγάλη
• Νηστιδοστομία–Είλεοστομία–Εγκαρσιοστομία–Σιγμαειδοστομία	Μεσαία
• Εντερική απόφραξη με εκτομή εντέρου	Μεγάλη
• Εντερική απόφραξη χωρίς εκτομή εντέρου	Μεσαία
• Σύγκλιση κολοστομίας	Μεσαία
• Σύγκλιση κοπροχόδου συριγγίου	Μεσαία
• Εκτομή παχέως εντέρου για καρκίνο, όγκο, ή φλεγμονή	Μεγάλη
• Περινεκοιλιακή εκτομή ορθού	Βαρεία
• Volvulus	Μεγάλη
• Πρόπτωση ορθού (Εγχείρηση δια της κοιλίας)	Μεγάλη
• Περιεδρικό συρίγγιο	Μικρή
• Ράγας δακτυλίου	Μικρή
• Εξαίρεση πολύποδα ορθού	Πολύ μικρή
• Περιεδρικό απόστημα – διάνοιξη	Πολύ μικρή
• Αιμορροειδεκτομή	Μεσαία

• Ολική πρωκτοκολεκτομή	Βαρεία
δ. ΗΠΑΡ & ΧΟΛΗΦΟΡΑ	
• Απόστημα ήπατος	Μεγάλη
• Εχινόκοκκος ήπατος	Μεγάλη
• Μερική ηπατεκτομή	Μεγάλη
• Χολοκυστοστομία	Μεσαία
• Χολοκυστεκτομή	Μεγάλη
• Αναστόμωση χοληδόχου κύστεως ή χοληδόχου πόρου με το πεπτικό σωλήνα	Μεγάλη
• Αναστόμωση ενδοηπατικών χοληφόρων με το πεπτικό σωλήνα	Βαρεία
• Εγχείρηση επί των χοληφόρων πόρων	Μεγάλη
• Σφιγκτηροτομή	Μεγάλη
• Παγκρέατοδωδεκαδακτυλεκτομή	Βαρεία
• Κύστη παγκρέατος	Μεγάλη
• Σπληνεκτομή	Μεγάλη
• Εξαίρεση επινεφριδίων ή όγκων αυτών	Βαρεία
ε. ΦΛΕΒΕΣ	
• Porto caval αναστόμωση	Βαρεία
• Splenorenal αναστόμωση	Βαρεία
στ. ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΟ	
• Συμπαθεκτομή	μεσαία
• Συμπαθεκτομή αμφοτερόπλευρη	μεγάλη
ζ. ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ	
• Αφαίρεση μασχαλαίων ή βουβωνικών λεμφαδένων	μεγάλη
η. ΤΕΝΟΝΤΕΣ	
• Τενοντοτομή	μικρή
• Συρραφή τενόντων	μικρή
• Μεταμόσχευση τένοντος	μεσαία
θ. ΔΕΡΜΑ ΚΑΙ ΥΠΟΔΟΡΙΟΣ ΙΣΤΟΣ	
• Διάνοιξη και παροχέτευση αποστήματος, συρραφή θλαστικών τραυμάτων, εξαίρεση όγκου δέρματος και υποδόριου ιστού, εξαίρεση μικρών καλοήθων φλεγμονοδών ή συγγενών παθήσεων	πολύ μικρή
• Κύστη κόκκυγα	μεσαία
• Κακοήθες μελάνωμα, ριζική εγχείρηση	μεγάλη
• Μεταμόσχευση δέρματος, ελεύθερο μόσχευμα	μικρή
• Μισχωτό μόσχευμα	μεσαία
2. ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ	
• Νεφρεκτομή	μεγάλη
• Πυελοτομία (Εξαγωγή λίθου)	μεγάλη
• Ουρητηροτομία (Εξαγωγή λίθου)	μεγάλη
• Πλαστική πυέλου	βαρεία
• Μεταφυτεύσεις ουρητήρων	μεγάλη
• Υπερηβική κυστεοστομία	μεσαία
• Εξαίρεση εκκολπώματος κύστεως	μεγάλη
• Κυστεοτομή μερική	μεσαία
• Κυστεοτομή ολική (μετά μεταφυτεύσεως ουρητήρων)	μεσαία
• Εξαίρεση λίθων κύστεως εγχειρητικώς	Βαρεία

- Πλαστική εγχείρηση επί της ουρήθρας
- Ορχιδεκτομή-επίδουδεκτομή-εξαίρεση κύστεως σπερματικού τόνου
- Υδροκήλη
- Παρακαμπτήριες εγχειρήσεις
- Κιρσοκήλη
- Προστατεκτομή
- Περιτομή
- Ακρωτηριασμός πέους μερικός ή ολικός

μεγάλη
μεσαία
μεσαία
μεγάλη
μεσαία
μεγάλη
μικρή
μεγάλη

3. Ω.Ρ.Λ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ

- Ρινικό διάφραγμα
- Εγχείρηση ιγμορίου άντρου
- Εγχείρηση ιγμορίου άντρου αμφοτερόπλευρη
- Εξαίρεση ρινικού πολύποδα
- Τυμπανοπλαστική
- Μαστοειδεκτομή
- Εγχείρηση επί του μέσου ωτός (εξαίρεση οστιδίων stapedectomy)
- Εγχείρηση επί του έσω ωτός
- Άλλες επεμβάσεις
- Αμυγδαλεκτομή και αδενοειδείς εκβλαστήσεις
- Τραχειοστομία
- Λαρυγκεκτομή

μικρή
μικρή
μεσαία
πολύ μικρή
μεγάλη
μεσαία
μεσαία
μεγάλη
μικρή
μικρή
μεσαία
μεγάλη

4. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ

- Εκτρόπιο ή εντρόπιο
- Ταρσορραφή
- Εξαίρεση πτερυγίου
- Βλεφαροπλαστική
- Εξαίρεση δακρυϊκού αδένος
- Κερατοπλαστική
- Ιριδεκτομή ή ιριδοτομή
- Καταρράκτης
- Γλαύκωμα
- Αποκόλληση αμφιβληστροειδούς
- Εξαίρεση οφθαλμού
- Εγχείρηση στραβισμού
- Εγχείρηση επί των οφθαλμικών μυών

μικρή
μικρή
μικρή
μεγάλη
μεσαία
μεγάλη
μεγάλη
μεγάλη
μεγάλη
μεγάλη
μεγάλη
μεσαία
μεσαία

5. ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ

- Εγχείρηση για κάταγμα κρανίου
- Κρανιοπλαστική
- Ανακουφιστική διάτρηση
- Εγχείρηση επί του εγκεφάλου ή των μηνιγγίων
Όγκοι εγκεφάλου, μηνιγγίωμα, εγχείρηση επί της υποφύσεως

μεγάλη
μεγάλη
μικρή
μεγάλη

α. ΚΡΑΝΙΑΚΑ ΝΕΥΡΑ

- Εγχείρηση επί του ακουστικού νεύρου

μεγάλη

β. ΝΩΤΙΑΙΟΣ ΜΥΕΛΟΣ

- Πεταλεκτομή
- Χορδοτομή

μεγάλη
μεγάλη

<ul style="list-style-type: none"> • Όγκοι νωτιαίου μυελού • Ριζοτομή 	μεγάλη μεσαία
γ. ΝΕΥΡΑ	
<ul style="list-style-type: none"> • Νευρορραφή πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής • Τοπική εξαίρεση νευρινωμάτων 	μεγάλη μεσαία
6. ΘΩΡΑΚΟΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ	
<ul style="list-style-type: none"> • Θωρακοτομή • Λοβεκτομή • Πνευμονοεκτομή (ολική) • Εχινόκοκκος πνεύμονος • Θωρακοπλαστική • Εγχείρηση μεσαυλίου και οισοφάγου • Διαφραγματοκήλη • Εγχείρηση Heller • Εγχείρηση καρδιάς και αορτής 	μεγάλη μεγάλη Βαρεία μεγάλη μεγάλη μεγάλη μεγάλη μεγάλη Βαρεία
7. ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΕΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ	
<ul style="list-style-type: none"> • Ανοικτή ανάταξη κατάγματος (μακρών οστών) • Εγχείρηση επιλεγμένου κατάγματος (μακρών οστών) • Ανοικτή ανάταξη κατάγματος άλλων οστών • Αρθροτομή περιλαμβανόμενης και της εξαιρέσεως ελεύθερου σώματος • Αρθρόδεση ή αρθροπλαστική μεγάλης αρθρώσεως • Εγχείρηση μηνίσκου 	μεγάλη μεγάλη μεσαία μεσαία μεγάλη μεσαία
α. ΘΥΛΑΚΟΙ	
<ul style="list-style-type: none"> • Εξαίρεση θύλακος επικοινωνούντος με τη μεγάλη άρθρωση • Εξαίρεση θύλακος επικοινωνούντος με τη μικρή άρθρωση • Εξαίρεση γαγγλίου • Δισχιδής ράχη • Εξαίρεση εξοστόσεως • Κατά υποτροπή εξάρθρωμα ώμου • Εγχείρηση για το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα 	μεσαία μικρή πολύ μικρή μεγάλη μεσαία μεσαία μεσαία
β. ΚΑΤΩ ΑΚΡΑ	
<ul style="list-style-type: none"> • Κάταγμα αυχέννας μηριαίου ή διατροχατήριον • Επιγονατιδεκτομή • Τριπλή αρθρόδεση ή ταρσεκτομή 	μεγάλη μεσαία μεγάλη
γ. ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΙ	
<ul style="list-style-type: none"> • Από τον ώμο • Από τον βραχίονα • Από τον αγκώνα • Από τον πήχυ • Από τον καρπό • Από την κατά το ισχύο άρθρωση • Από τον μηρό • Από την κνήμη • Από την ποδοκνήμη • Μετακαρπίου ή μεταταρσίου • Δακτύλων 	μεγάλη μεγάλη μεγάλη μεγάλη μεγάλη μεγάλη μεγάλη μεγάλη μεγάλη μεσαία μικρή

8. ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| • Πρόσθια και οπίσθια κολπορραφή | μεγάλη |
| • Μόνο πρόσθια ή οπίσθια | μεσαία |
| • Εξαίρεση βαρθολινίου αδένου | μεσαία |
| • Κολπική υστερεκτομή | μεγάλη |
| • Διαστολή και βιοψία τράχηλου μήτρας | πολύ μικρή |
| • Εξαίρεση πολύποδα τράχηλου | πολύ μικρή |
| • Τοπική εξαίρεση παθήσεως τράχηλου | πολύ μικρή |
| • Ωοθηκεκτομή - Σαλπινγγεκτομή | μεσαία |
| • Εξαίρεση ινομυώματος | μεσαία |
| • Εξαίρεση κύστες ωοθήκης | μεσαία |
| • Υστερεκτομή (μερική ή ολική) | μεγάλη |
| • Υστερεκτομή Wertheim | Βαρεία |

ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΒΑΡΕΙΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ**ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΕΣ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ / ΠΡΑΞΕΙΣ****ΕΙΔΙΚΕΣ**

- Χειρ. αποκατάσταση αγκυλοποιητικής κύφωσης, σκολιώσεως
- Επανασυγκόλληση μέλους πάνω από το επίπεδο των δακτύλων της άκρας χειρός ή του άκρου ποδός
- Απεξάρθρωση ισχίου ή ώμου επί κακοήθων όγκων άκρων, λεκάνης (ημιπεταλεκτομή) ή ακρωτηριασμός δια της ωμοπλάτης
- Σπονδυλοδεσία επί καταγμάτων σπονδυλικής στήλης με πρόσθια και οπίσθια προσπέλαση εκτεταμένη
- Χειρ.αντιμετώπιση κακοήθων όγκων που εντοπίζονται σε τμήμα σπονδύλου ή σπονδύλων
- Χειρ.αποκατάσταση βλαβών βραχιονίου πλέγματος με χρήση νευρικών μοσχευμάτων
- Σπονδυλοδεσία άνω των δύο επιπέδων εκτός καταγμάτων
- Τοποθέτηση μεγάλων οστικών αλλομοσχευμάτων ή πλαστικών υλικών (κλωβοί) επί νεοπλασμάτων ή φλεγμονών ή οστικών απωλειών μεγάλων αυλοειδών οστών (μηριαίου, βραχιονίου, κνήμης, σπονδυλικής στήλης)
- Χειρ. ανασυγκόλληση άκρων- μικροχειρουργική επανόρθωση (άνω των 6 ωρών)

ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ**ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΒΑΡΕΙΕΣ**

- Ακρωτηριασμός μηρού από το ριζομήριο
- Αντιμετώπιση οπισθοπεριτοναϊκού όγκου
- Αντιπαλλινδρομική επέμβαση
- Δημιουργία περιτοναιο-φλεβικού shunt(Le Veen-Denver)
- Διαμερισματοποίηση στομάχου
- Εκτομή εκτεταμένων όγκων κοιλιάς
- Εκτομή κακοήθους όγκου θωρακικού τοιχώματος
- Εκτομή όγκου ήπατος (ογκεκτομή)
- Νεφρεκτομή (ολική-μερική)
- Νεφρεκτομή για κακοήθεια
- Χολοπεπτική αναστόμωση

ΕΙΔΙΚΕΣ

- Αναστόμωση παγκρεατικού πόρου με νήστιδα κατά Royx en Y (Paustow)
- Απώ σπληνονεφρική αναστόμωση
- Δημιουργία πυλαιοκοιλιακής αναστόμωσης /αρτηριοποίηση της πυλαίας
- Επινεφριδεκτομή άμφω

- Ηπατεκτομή για μεταμόσχευση
- Παγκρεατο12δακτυλεκτομή Whipple
- Παράκαμψη οισοφάγου κατά Heimlich (με γαστρικό σωλήνα/νήστιδα/κόλον)

ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΕΞ. ΒΑΡΕΙΕΣ

- Εκτομή όγκου θωρακικού τοιχώματος και αποκατάσταση θωρακικού τοιχώματος
- Αποκατάσταση ανατομικών ανωμαλιών θωρακικού τοιχώματος
- Αφαίρεση όγκου μεσοθωρακίου με θωρακοτομή ή θωρακοσκοπικά
- Αφαίρεση όγκου μεσοθωρακίου με μέση στερνοτομή
- Ανευρυσματεκτομή αορτικού τόξου, κατιούσης αορτής, κοιλιακής αορτής και τοποθέτηση μοσχεύματος
- Αφαίρεση μολυνθέντος μοσχεύματος αορτής
- Επείγουσα θωρακοτομή για τραυματισμό πνεύμονος ή καρδιάς
- Ολική καρδιεκτομή
- Ενδοπερικαρδική πνευμονεκτομή
- Εκτομή πνεύμονος (πνευμονεκτομή, λοβεκτομή ή τμηματεκτομή με συνεξαίρεση θωρακικού τοιχώματος)

ΕΙΔΙΚΕΣ

- Εκτομή τραχείας και αποκατάσταση αυτής
- Πνευμονεκτομή δίκην περιχειρίδος ή δίκην μανικίου
- Λοβεκτομή δίκην περιχειρίδος ή δίκην μανικίου
- Πνευμονεκτομή με εκτομή περικαρδίου και τοποθέτηση μοσχεύματος στο περικάρδιο
- Εκτομή τροπίδας
- Αντικατάσταση άνω κοίλης φλέβας ή αφαίρεση τμήματος του τοιχώματος αυτής με τοποθέτηση εμπαλώματος
- Εκτομή πνεύμονος με αφαίρεση τοιχώματος αορτής ή οισοφάγου
- Πλευροπνευμονεκτομή για καρκίνο πνεύμονος ή για μεσοθηλίωμα
- Εκτομή πνεύμονος (λοβεκτομή ή πνευμονεκτομή) με τομή Dartevelle για όγκους Pancoast

ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΕΞ. ΒΑΡΕΙΕΣ

- Εκτομή αιδοίου με βουβωνικό λεμφαδενικό καθαρισμό
- Πλαστική εγχείρηση δουλγασείου χώρου με σύγκλειση ελλειμμάτων πλατέως συνδέσμου και Allen-Master

ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

- Θρομβόλυση αγγείων εγκεφάλου
- Αγγειοπλαστική αγγείων εγκεφάλου
- Εμβολισμός αγγειακής δυσπλασίας νωτιαίου μυελού
- Εμβολισμός αγγειακής δυσπλασίας εγκεφάλου
- Εμβολισμός ανευρύσματος εγκεφάλου
- Εμβολισμός όγκου νωτιαίου μυελού
- Εμβολισμός όγκου εγκεφάλου

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΟΣΟΣΤΩΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΕΙΔΙΚΕΣ –ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΒΑΡΕΙΕΣ	100%
ΒΑΡΕΙΕΣ	80%
ΜΕΓΑΛΕΣ	60%
ΜΕΣΑΙΕΣ	40%
ΜΙΚΡΕΣ	15%
ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΕΣ	5%

Αν η χειρουργική επέμβαση που έγινε δεν αναφέρεται στον "ΠΙΝΑΚΑ ΠΟΣΟΣΤΩΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ", το πόσο αποζημίωσης θα υπολογίζεται με ποσοστό που αντιστοιχεί σε ανάλογης σοβαρότητας και βαρύτητας επέμβαση, όπως καθορίζεται από την Ασφαλιστική Εταιρεία.

ΣΥΝΗΜΜΕΝΟ 5

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΖΩΗΣ & ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΟΤΕ

Λίστα Συνεργατών MetLife Alico ανά Γεωγραφική Περιοχή				
ΠΟΛΗ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ / ΓΡΑΦΕΙΩΝ ΟΤΕ	ΩΡΑ & ΗΜΕΡΑ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΩΝ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΩΝ	ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ MetLife Alico	ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΟΤΕ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ	Βενιζέλου 5, Αλεξανδρούπολη	Τετάρτη 13.00-15.00	Γιάννης Μπούζοντις	Κυριάκος Κυριάκου, 25510 56200
ΑΘΗΝΑ 1 (ΜΑΡΟΥΣΙ)	Λεωφόρος Κηφισίας 99, Μαρούσι	Παρασκευή 10.00-12.00	Στέλιος Ναζλής	Άννα Νικολάκη, 210 6118251
ΑΘΗΝΑ 2 (ΚΑΛΛΙΘΕΑ)	Δαβάκη 23 ^Α , Καλλιθέα	Τρίτη 10.00-12.00	Σμαράγδα Μαρμαρά	Άγγελος Καραχάλιος, 210 611 1853
ΑΘΗΝΑ 3(ΠΑΤΗΣΙΩΝ)	Πατησίων 85, Αθήνα	Πέμπτη 10.00-12.00	Απόστολος Παπαβασίλης	Μαρία Σαγκριώτου, 210 6332710
ΑΘΗΝΑ 4	Ιεροσολύμων 30 & Σπάρτης, Αθήνα	Πέμπτη 10.00-12.00	Μεταξάς Νικόλαος	Δαμιανός Σεμερτζίδης 210 6331247
ΠΕΙΡΑΙΑΣ	Καραολή & Δημητρίου 17- 19, Πειραιάς	Τετάρτη 11.00-13.00	Λυδία Παπαθανασίου	Αγγελική Καραθανάση τηλ.: 210 4115199
ΒΕΡΟΙΑ	Μητροπόλεως 53, Βέροια	Τετάρτη 12.00-14.00	Σοφία Τσοπανάκη	Γεώργιος Σαρουσαβίδης, 23310 36115
ΒΟΛΟΣ	Επισκοπής 2-Πουρίου, Βόλος	Τετάρτη 13.00-15.00	Νίκος Ανδρεόγλου	Ευδοκία Δασκαλοπούλου Γραφ. 6, 2ος όροφος, 24210 95802
ΔΡΑΜΑ	Κρόνου & Αριτζίδου 6, Δράμα	Τετάρτη 10.00-12.00	Γιώργος Νικολαΐδης	Ιωάννης Πάσιος, 25210 56200
ΗΡΑΚΛΕΙΟ	Μινώταυρου 10, Ηράκλειο	Τρίτη 10.00-12.00	Μιχάλης Μαυρογιάννης	Μαρίνα Παρασύρη, 2810 395555
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1	Καρόλου Ντηλ 33 & Ερμού	Τετάρτη 09.00-11.00	Κυριάκος Χατζηστεφάνου	Μιλτιάδης Κωνσταντινίδης Γραφ. 301, 3ος όροφος, 2310 361150
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2	Παπάφη 128	Τρίτη 10.00-12.00	Φράγγος Δημήτριος	Ιωάννης Πούλιος ή Μαρία Μπαλαούρα, 2310 369704 2310 369710
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 3	Λαγκαδά 201	Παρασκευή 09.00-11.00	Δωρόθεος Καμάρας	Ανδρέας Πουλής, 2310 362766
ΘΗΒΑ	Βουρδούμπα 20	1 ^η & 3 ^η Πέμπτη κάθε μήνα 09.00-11.00	Απόστολος Τασσιός	Αντωνία Δημητροπούλου, 22620 80499
ΙΩΑΝΝΙΝΑ	Αρσένη Γεροντικού 20	Πέμπτη 10.00-12.00	Φένη Παπακώστα	Στέλιος Χαραλαμπίδης 26510 46299 – 6973 436115
ΚΑΒΑΛΑ	Περγάμου & Ζαλόγγου, Καβάλα	Δευτέρα 10.00-12.00	Φίλιππος Εσιρπέογλου	Απόστολος Ρουκάς , 2510 561116
ΚΑΛΑΜΑΤΑ	Βασ. Κωνσταντίνου 14, Καλαμάτα	Δευτέρα 11.00-13.00	Αλέξανδρος Χατζόπουλος	Ιωάννης Στρατηγός, 27210 72225
ΚΑΡΔΙΤΣΑ	Αλαμάνη 21, Καρδίτσα	Τρίτη 12.00-14.00	Πέτρος Μπατζιάνας	Ιωάννης Κριαράς, 24410 91503 & 4
ΚΙΛΚΙΣ	Εθνικής Αντίστασης 8, Κιλκίς	Τρίτη 10.00-12.00	Δημήτρης Μπαβέλης	Παναγιώτης Ηλιάδης, 23410 36116
ΚΟΖΑΝΗ	11 ^{ης} Οκτωβρίου 2, Κοζάνη	Τετάρτη 11.00-13.00	Χριστίνα Παπαδημητρίου	Παναγιώτα Αλεβίζου, 24610 52446
ΚΟΜΟΤΗΝΗ	Παρασίου 2, Κομοτηνή	Τετάρτη 14.00-15.00	Μιχάλης Κατραντισιώτης	Θωμάς Καϊσίδης, 25310 56710
ΛΑΜΙΑ	Πλ. Ελευθερίας 2, Λαμία	Τετάρτη 11.00-13.00	Αθανάσιος Μπλούνας	Φωτεινή Κατσακιώρη, 22310 57779
ΛΑΡΙΣΑ	Σαριμβέη 4, Λάρισα	Τετάρτη 13.00-15.00	Γιάννα Βάσιου	Άννα Νούσια, 2410 995514
ΛΙΒΑΔΕΙΑ	Υψηλάντου 5	Τετάρτη 10.00-12.00	Θανάσης Τσιαπραΐλης	Γιώργος Λάιος, 22610 88188
ΞΑΝΘΗ	Ανθ. Ν. Γεωργίου 3 ^Α , Ξάνθη	Δευτέρα 09.00-11.00	Κώστας Δαλακούρας	Κώστας Λαμπίδης, 25410 56121
ΠΑΤΡΑ	Φιλίππου-Ολυμπιάδος 43-45, Πάτρα	Τετάρτη 10.00-12.00	Ναυσικά Στούμπου	Ανδρέας Δελαπόρτας, 6974 640620
ΡΕΘΥΜΝΟ	Κουντουριώτη 26, Ρέθυμνο	Πέμπτη 10.00-12.00	Εύη Πολάκη	Κων/νος Κουρμούλης, 28310 59373
ΣΕΡΡΕΣ	Γρ. Λαμπράκη 3, Σέρρες	Τρίτη 12.00-14.00	Δημήτρης Ματάκος	Άγγελος Βάκαλος, 23210 96102
ΤΡΙΚΑΛΑ	Σολωμού 8, Τρίκαλα	Τετάρτη 12.00-14.00	Ουρανία Μανδάλου	Αθανασία Καραθανάση, 24310 95363
ΤΡΙΠΟΛΗ	Λαγοπάτη 36, Τρίπολη	Τρίτη 12.00-14.00	Σαράντος Μάζης	Άννα Δόγα, 2710 241899
ΧΑΛΚΙΔΑ	Ελ. Βενιζέλου 36	Τρίτη 09.00-11.00	Απόστολος Τασσιός	Άννα Στυλιανίδου, 22210 49140
ΧΑΝΙΑ	Μαργουνίου & Λουτρού 1, Χανιά	Τετάρτη 10.00-12.00	Εύη Πολάκη	Μαρία Μαρκέτου, 28210 35484

ΣΥΝΗΜΜΕΝΟ 6

American Life Insurance Company

Κηφισίας 119,
151 24 Μαρούσι, Αθήνα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ: 43158 – ΟΤΕ Α.Ε.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΑΛΛΗΛΟ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΕΙ ΤΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΜΕΛΗ ΤΟΥ

MetLife Alico™

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ		2. Ημερομηνία Γέννησης			
		3. ΚΑΜ			
4) Ποια τα προστατευόμενα μέλη σας; (αν χρειάζεται περισσότερος χώρος συμπληρώστε και άλλο έντυπο)					
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ	ΥΨΟΣ	ΒΑΡΟΣ	ΜΗ ΓΡΑΦΕΤΕ Σ' ΑΥΤΟ ΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ (ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ ΜΑΣ ΜΟΝΟ)
5) Διεύθυνση των προστατευομένων μελών:					
6) Μήπως έπασχε κάποιο από τα παραπάνω άτομα:					
α) Έπασχε ή θεραπεύθηκε από οποιαδήποτε από τις παρακάτω ασθένειες (συμπληρώστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ)					
Καρδιά;	Πνεύμονες;	Ουρογεννητικό Σύστημα;	Όγκοι;	Διαβήτης;	Νευρικές Διαταραχές;
Υψηλή Πίεση;	Νεφρά;	Στομάχι ή έντερα;	Καρκίνος;	Πλάτη ή Αρθρώσεις;	Κήλη;
					ΝΑΙ ΟΧΙ
β) Παρέμεινε σε Νοσοκομείο ή Κλινική κατά τα 3 τελευταία έτη;					
γ) Εξετάστηκε ή συμβουλευθηκε Ιατρό, κατά τα 3 τελευταία έτη;					
δ) Έχει πρόθεση να συμβουλευτεί Ιατρό ή να υποβληθεί σε ιατρικές εξετάσεις;					
ε) Μήπως του πρότειναν να μπει σε Νοσοκομείο ή Κλινική για εξετάσεις και δεν το έκανε;					
ζ) Μήπως του πρότειναν να κάνει εγχείριση και δεν την έκανε;					
η) Μήπως έχει καμία σωματική βλάβη, ατέλεια ή ασθένεια που δεν την καλύπτουν οι ερωτήσεις 6α-6ε;					
θ) Προκειμένου για γυναίκα, μήπως είναι έγκυος;					
7. Ερωτήσεις σχετικές με το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS):					
α. Έχει συμβουλευθεί Ιατρό ή υποβληθεί σε θεραπεία σχετική με το AIDS ή με κάποια κατάσταση της υγείας του πιθανώς σχετιζόμενη με το AIDS ή γενικότερα με ασθένεια που μεταδίδεται με σεξουαλική επαφή; Του έχουν πει ότι είναι φορέας του AIDS;					
β. Έχει οποιοδήποτε από τα ακόλουθα συμπτώματα, η αιτία των οποίων δεν μπορεί να ερμηνευτεί; Διάρροιες, διογκωμένους λεμφαδένες ή δερματικά εξανθήματα, μεγάλη καταβολή, σωματική απώλεια βάρους;					
8. ΑΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΤΕ ΜΕ ΝΑΙ ΓΙΑ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ ΣΕ ΜΙΑ Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΔΩΣΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ.					
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΤΟΜΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΣ	ΛΕΠΤΟΜΕΡΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ, ΑΡΙΘ. ΠΡΟΣΒΟΛΩΝ ΜΗΠΩΣ ΕΓΙΝΕ ΕΓΧΕΙΡΙΣΗ;	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ	ΠΟΤΕ ΓΙΝΑΤΕ ΤΕΛΕΙΩΣ ΚΑΛΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ	ΟΝΟΜΑΤΑ & ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΙΑΤΡΩΝ & ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ
Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι παραπάνω δηλώσεις και απαντήσεις είναι πλήρεις και αληθινές και ότι δέχομαι να αποτελέσουν την βάση για την συμμετοχή των προστατευομένων μελών μου στο Ομαδικό Ασφαλιστήριο. Με αυτό εξουσιοδοτώ κάθε Ιατρό, Νοσοκομείο ή Κλινική να δώσει οποιοδήποτε στοιχείο ή πληροφορία που έχει σχέση με νοσηλεία, συμβουλή, εξέταση ή θεραπεία των προστατευομένων μελών μου. Ημερομηνία: Υπογραφή υπαλλήλου:					
Διευκρινίζεται ότι η συμπλήρωση του Ερωτηματολογίου Υγείας είναι απαραίτητη για τις περιπτώσεις όπου ένας υπάλληλος του ΟΤΕ που καλύπτεται ήδη από το Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο, αποφασίσει να εντάξει στο πρόγραμμα τα προστατευόμενα του, μετά την πάροδο 60 ημερών από την ημερομηνία που δικαιούταν να εντάξει στο πρόγραμμα τα εν λόγω προστατευόμενα. Δηλαδή, α) 60 ημέρες μετά την ημερομηνία πραγματοποίησης του γάμου του με την σύζυγο του ή 60 ημέρες μετά την συμπλήρωση 30 ημερών από την γέννηση ενός τέκνου του (90 ημέρες συνολικά από την γέννηση του). Αν ο Υπάλληλος υποβάλλει αίτηση συμμετοχής για τα Συντηρούμενα Πρόσωπα του στην ετήσια επέτειο του Συμβολαίου (01/01), τα πρόσωπα αυτά θα ασφαλίζονται αυτόματα από την επέτειο του Συμβολαίου.					

ΣΥΝΗΜΜΕΝΟ 7

ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΜΗ ΣΥΜΜΟΡΦΟΥΜΕΝΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
που παρουσιάστηκε κατά τη λειτουργία του
Alico Benefit Club

Βασικά σημεία προσοχής

1. Η αναφορά συμπληρώνεται από τον ασφαλισμένο υπάλληλο.
2. Το παρόν έντυπο αποστέλλεται στο τμήμα **Ομαδικών Ασφαλίσεων Ζωής & Υγείας** υπόψη του **κου Παναγιώτη Νικολάου** -- Τηλ.: 210 87.87.000 (εσωτ. 313), Fax: 210 612.7.612, E-mail: panagiotis.nikolaou@metlifealico.gr

Επωνυμία Εταιρίας									
Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου (Συμπληρώνεται το ονοματεπώνυμο του ασφαλισμένου που έγινε αποδέκτης της μη συμμορφούμενης υπηρεσίας)									
Κατηγορία Παρόχου (Σημειώνεται το είδος του Παρόχου που πρόσφερε τη μη συμμορφούμενη υπηρεσία)	<table> <tr> <td>Νοσοκομείο</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Ιατρός</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Διαγνωστικό Κέντρο</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Τηλεφωνικό Κέντρο</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Νοσοκομείο	<input type="checkbox"/>	Ιατρός	<input type="checkbox"/>	Διαγνωστικό Κέντρο	<input type="checkbox"/>	Τηλεφωνικό Κέντρο	<input type="checkbox"/>
Νοσοκομείο	<input type="checkbox"/>	Ιατρός	<input type="checkbox"/>						
Διαγνωστικό Κέντρο	<input type="checkbox"/>	Τηλεφωνικό Κέντρο	<input type="checkbox"/>						
Επωνυμία Παρόχου (Σημειώνεται το όνομα του Παρόχου που πρόσφερε τη μη συμμορφούμενη υπηρεσία)									
Περιγραφή της μη συμμορφούμενης υπηρεσίας									

Παρακαλώ για τη διερεύνηση του περιστατικού χρησιμοποιώντας τα προσωπικά μου στοιχεία

Μόνο για την ενημέρωση της Ασφαλιστικής Εταιρείας

Ημερομηνία

Υπογραφή

.....

.....