

ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΩΡΟΜΙΣΘΙΟΥΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ ΤΗΣ ΣΥΤΑ – ΜΕΛΗ ΤΗΣ Π.Ε.Ο.

Λεωφόρος Λεμεσού 79 & Γωνία Κωστή
Παλαμά 1-3,
2121 Αγλαντζιά, Λευκωσία
Τηλ. 22050100 Φάξ. 22050295
www.trustcyprusinsurance.com
enquiries@trustcyprusinsurance.com

In
Insurance
We
Trust

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	
ΑΝΩΤΑΤΟ ΕΤΗΣΙΟ ΟΡΙΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΑΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ	
ΚΑΡΤΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ	€150.000
ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ 24ώρου Βάσεως	ΝΑΙ
ΔΕΥΤΕΡΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ	ΝΑΙ
	ΝΑΙ
Το πιο πάνω σχέδιο καλύπτει με ανώτατο όριο τις τιμές που δίνονται στις πιο κάτω παροχές:	
Δωμάτιο και Διατροφή (Κύπρος)	100% δίκλινο δωμάτιο
Δωμάτιο και Διατροφή (εξωτερικό)	€600 ημερησίως
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και/ή Αυξημένης Φροντίδας	€600 ημερησίως
Πλαστική Χειρουργική μετά από ατύχημα ή για αποκατάσταση του στήθους μετά από καλυπτόμενο περιστατικό μαστεκτομής	100%
Αμοιβές Ιατρών, Χειρουργών, Αναισθησιολόγων	
Φάρμακα και Άλλα Αναλώσιμα	100%
Διαγνωστικές Εξετάσεις	100%
Μαγνητική, Αξονική Τομογραφία	100%
Ραδιοθεραπεία, Χημειοθεραπεία (ως εσωτερικός, ημερήσιος, εξωτερικός ασθενής)	100%
Φυσιοθεραπεία	100%
Έξοδα Πριν και Μετά την Νοσηλεία	100%
Έξοδα Διαμονής Συνοδού (για παιδιά κάτω των 18 ετών)	100%
Έξοδα Χειρουργικής Επέμβασης Χωρίς Νοσηλεία	100%
Έξοδα Επείγουσας Μεταφοράς Ασθενούς Προς Νοσηλεία	100%
Μεταμόσχευση Οργάνων	100%
Χρόνιες Παθήσεις	100%
Επίδομα Νοσηλείας (κάθε διανυκτέρευση-μέχρι 20 διανυκτερεύσεις κατά περιστατικό)	100%
Κατ' οίκον Φροντίδα (ημερησίως - μέχρι 20 ημέρες κατά περιστατικό)	€25
ΩΦΕΛΗΜΑΤΑ ΤΟΚΕΤΟΥ (επίδομα - περίοδος αναμονής 10 μήνες)	€40
Φυσιολογικός Τοκετός ή Καισαρική Τομή	
Απόξεση (εάν κρίνεται απαραίτητη για ιατρικούς λόγους)	€2.000
ΩΦΕΛΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΤΑΞΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ	€250
Ιατρική Βοήθεια για Ασθένεια ή Ατύχημα	
Επίσκεψη ενός μέλους της οικογένειας του ασφαλισμένου στον τόπο νοσηλείας	μέχρι €10.000
A. Κόστος ταξιδιού	
B. Διαμονή	100%
Χρηματική εγγύηση για Νομικές διαδικασίες	€100 ανά ημέρα μέχρι 10 ημέρες
Παράταση διαμονής του ασφαλισμένου λόγω τραυματισμού ή ασθένειας	μέχρι €1000
Επείγουσα μετακίνηση λόγω συμβάντος στη Χώρα Κατοικίας το οποίο επηρεάζει το συνήθη τόπο κατοικίας ή τις επαγγελματικές εγκαταστάσεις του Ασφαλισμένου	€100 ανά ημέρα μέχρι 5 ημέρες
Διαβίβαση επειγόντων μηνυμάτων	100%
Μεταφορά ή επιστροφή των ατόμων που συνοδεύουν τον ασφαλιζόμενο	100%
Μεταφορά και Επαναπατριsmός της σορού του ασφαλισμένου	100%
Μεταφορά ή επαναπατριsmός του ασφαλισμένου λόγω ασθένειας ή ατυχήματος	100%



ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ	
ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	
ΑΝΩΤΑΤΟ ΕΤΗΣΙΟ ΟΡΙΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΚΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ	€1.500
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ	100%
ΕΤΗΣΙΟ ΑΦΑΙΡΕΤΕΟ ΠΟΣΟ	€25
Αμοιβή Ιατρού (Κύπρος)	€50 κάθε επίσκεψη
Αμοιβή Ιατρού (Εξωτερικό)	€100 κάθε επίσκεψη
Διαγνωστικές Εξετάσεις (με παραπεμπτικό ιατρού και χωρίς παθολογικά ευρήματα/διάγνωση)	€200 ετησίως
Διαγνωστικές Εξετάσεις (με παραπεμπτικό ιατρού και τελική διάγνωση)	Χωρίς επιμέρους όριο
Φάρμακα	Χωρίς επιμέρους όριο
Φαρμακευτική Αγωγή για Προϋπάρχουσες και/ή Χρόνιες παθήσεις (με συνταγή ιατρού) • Το ωφέλιμα για τις Προϋπάρχουσες ισχύει μόνον για τα υφιστάμενα μέλη του σχεδίου	€300 ετησίως
Εναλλακτική Ιατρική (ομοιοπαθητική, βελονισμός, οστεοπαθητική)	€500 ετησίως
Φυσιοθεραπεία (με παραπεμπτικό ιατρού και διάγνωση)	€250 ετησίως
Ετήσιες Προληπτικές Εξετάσεις (Annual Check Up) – για τον υπάλληλο και σύζυγο μόνον, περίοδος αναμονής 6 μήνες	€100 ετησίως

ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΩΦΕΛΗΜΑΤΑ:

- Αποχώρηση από την Συντεχνία**
 Όπου ο εργαζόμενος αποχωρήσει από την συντεχνία αυτόματα αφαιρείται από το ομαδικό σχέδιο. Η Εταιρεία του προσφέρει το δικαίωμα να συνάψει ατομικό σχέδιο υγείας με την Trust Insurance Cyprus (συμπεριλαμβανομένου και των εξαρτωμένων που ήταν ασφαλισμένοι). Σε τέτοια περίπτωση δεν χρειάζεται επαναξιολόγηση υγείας (δηλ. συνέχιση κάλυψης των παθήσεων που εκδηλώθηκαν και ήταν καλυπτόμενες στο υφιστάμενο σχέδιο) καθώς επίσης δεν θα έχουν ισχύ οι περίοδοι αναμονής. Οι υπόλοιποι όροι και κανονισμοί, καθώς και το ασφάλιστρο θα αναπροσαρμοστεί όπως στα ατομικά σχέδια υγείας.
- Εξαρτώμενα παιδιά ηλικίας πέραν των εικοσιπέντε (25) ετών:**
 Όπου τα εξαρτώμενα παιδιά που ήταν ασφαλισμένα με το ομαδικό σχέδιο της ΠΕΟ και θα έχουν ξεπεράσει το 25^ο έτος της ηλικίας, θα έχουν το δικαίωμα να συνάψουν ατομικό σχέδιο υγείας με την Trust Insurance Cyprus. Σε τέτοια περίπτωση δεν χρειάζεται επαναξιολόγηση υγείας καθώς επίσης δεν θα έχουν ισχύ οι περίοδοι αναμονής. Οι όροι και κανονισμοί καθώς και το ασφάλιστρο θα αναπροσαρμοστεί όπως στα ατομικά σχέδια υγείας.
- Δίνεται το δικαίωμα στα μέλη της ΠΕΟ, να ασφαλίζουν τον/την σύντροφο τους. Ο ορισμός του/της συντρόφου είναι: Το άτομο με το οποίο ο Ασφαλισμένος είναι παντρεμένος ή άτομο του αντίθετου φύλου με το οποίο ζουν μαζί ως να είναι παντρεμένοι.
- Ζώνη Κάλυψης:**
 Η ζώνη κάλυψης είναι Παγκόσμια και για Η.Π.Α. και Καναδά, η Εταιρία καλύπτει τα αναγκαία πραγματοποιηθέντα και αναγνωρισμένα έξοδα, με βάση τις Λογικές και Συνήθεις Χρεώσεις που θα αποζημιώνονταν στην Κύπρο.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

	Μηνιαίο Ασφάλιστρο	Ετήσιο ασφάλιστρο
Υπάλληλος	€40	€480
Υπάλληλος & 1 Εξαρτώμενο	€75	€900
Υπάλληλος & 2 Εξαρτώμενα	€102	€1.224
Υπάλληλος & Οικογένεια	€129	€1.548

Το δικαίωμα συμβολαίου/χαρτόσημα €25 (εφάπαξ στο 1^ο ασφάλιστρο) δεν περιλαμβάνεται στις πιο πάνω τιμές.

Προϋποθέσεις:

- Ελάχιστος αριθμός μελών για ισχύ της προσφοράς: 85% τον ατόμων που μας παραθέσατε.
- Η παρούσα προσφορά μπορεί να τροποποιηθεί σύμφωνα με τις δικές σας ανάγκες. Σε περίπτωση που επιθυμείτε οποιαδήποτε αλλαγή στις καλύψεις μπορείτε να το ζητήσετε.
- Η παρούσα προσφορά έχει ισχύ για 30 ημέρες από την ημερομηνία έκδοσης της.



ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ

Η προσφορά έχει ισχύ για 30 ημέρες από την ημερομηνία έκδοσης.

Η εν λόγω προσφορά ετοιμάστηκε βάση των στοιχείων που μας παραθέσατε και υπόκειται στην συμπλήρωση των σχετικών προτάσεων προς ασφάλιση οι οποίες θα αξιολογηθούν. Η εταιρία έχει το δικαίωμα να επιβάλει ειδικούς όρους σε προτεινόμενα προς ασφάλιση άτομα.

Η προσφορά απευθύνεται σε αιτητές που θα πρέπει να είναι μεγαλύτεροι των 14 ημερών και να μην υπερβαίνουν το 65ο έτος της ηλικίας τους. Για τα εξαρτώμενα άγαμα παιδιά η ηλικία παραμονής στο σχέδιο επεκτείνεται μέχρι τα 18 ή μέχρι την ηλικία των 25 ετών εάν είναι φοιτητές Κύπρου ή υπηρετούν ως κληρωτοί την στρατιωτική τους θητεία στην Εθνική Φρουρά.

Το σχέδιο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης παρέχει 24ωρη κάλυψη με το δικαίωμα προς τα μέλη του να συμβουλευτούν ή και να τύχουν θεραπείας από τον ιατρό ή και ιατρικό κέντρο της επιλογής τους. Η ζώνη κάλυψης είναι Παγκόσμια. Διευκρινίζεται ότι για Η.Π.Α. και Καναδά, η Εταιρία καλύπτει τα αναγκαία πραγματοποιηθέντα και αναγνωρισμένα έξοδα, με βάση τις Λογικές και Συνήθειες Χρεώσεις που θα αποζημιώνονταν στην Κύπρο.

Όπου αναφέρεται 100% αποζημίωση εννοούμε αποζημίωση με βάση τις Λογικές και Συνήθειες χρεώσεις για περίθαλψη που είναι σύμφωνη με το γενικό επίπεδο τιμών και δεν υπερβαίνει την αντίστοιχη χρέωση από άλλες κλινικές ή νοσοκομεία του ίδιου επιπέδου και περιοχής για παρόμοια ή συγκρίσιμη θεραπεία ή υπηρεσίες σε άτομα του ίδιου φύλου και συγκρίσιμης ηλικίας και για παρόμοια ασθένεια ή ατύχημα. Η Εταιρία θα προτείνει εναλλακτικές επιλογές όπου κριθεί ότι οι χρεώσεις είναι πέραν των λογικών και συνήθων.

Επείγουσα Ιατρική Βοήθεια στο εξωτερικό:

Η επείγουσα ιατρική βοήθεια στο εξωτερικό (παγκόσμια κάλυψη), παρέχεται σε 24ωρη βάση ενόσω ο ασφαλισμένος βρίσκεται σε ταξίδι στο εξωτερικό και για συνεχή περίοδο που δεν ξεπερνά τις (60) ημέρες.

Αν η ιατρική ομάδα της Εταιρείας ορίσει ότι η μεταφορά ή ο επαναπατρισμός του Ασφαλισμένου απαιτεί αεροπορικό ταξίδι, τότε η μεταφορά ή ο επαναπατρισμός θα πραγματοποιείται με ειδικά εξοπλισμένο αεροσκάφος ιατρικής φροντίδας, εφόσον η Καλυπτόμενη Περιοχή είναι χώρα του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου ή χώρα που βρέχεται από τη Μεσόγειο Θάλασσα.

Οι προϋπάρχουσες ασθένειες καλύπτονται μόνον για την Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη για τα υφιστάμενα μέλη του σχεδίου υγείας της ΠΕΟ και είναι σύμφωνα με τις παροχές και ανώτατα όρια που δίνονται στον Πίνακα Παροχών και τους όρους και προϋποθέσεις του Ασφαλιστηρίου. Για την Ενδονοσοκομειακή Περίθαλψη η Εταιρεία θα αξιολογήσει τις αιτήσεις των υποψηφίων προς ασφάλιση για πιθανή κάλυψη μέχρι €3.000 ετησίως κατά άτομο.

Για τις εγκυμοσύνες που θα βρίσκονται σε εξέλιξη κατά την υπογραφή της συμφωνίας, η Εταιρεία θα καταβάλει επίδομα τοκετού €1.000, μέχρι έξι (6) περιστατικά (τοκετούς).

Η Εταιρεία διατηρεί το δικαίωμα απόσυρσης ή/και τροποποίησης της παρούσας προσφοράς εάν και εφόσον δηλωθούν υπάρχουσες ιατρικές καταστάσεις που εάν τις γνώριζε κατά την ετοιμασία της προσφοράς αυτή θα ήταν διαφορετική.

ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

Για κάθε απαίτηση αποζημίωσης συμπληρώνεται το ειδικό έντυπο το οποίο απαρτίζεται από δύο μέρη:

ΜΕΡΟΣ Α: συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό.

ΜΕΡΟΣ Β: συμπληρώνεται από τον ασφαλισμένο.

ΓΙΑ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

- Ζητείται το έντυπο εισαγωγής και εξόδου από το νοσοκομείο/κλινική όπου η φύση της ασθένειας πρέπει να αναγράφεται (διάγνωση).
- Πρωτότυπα τιμολόγια και αποδείξεις με ανάλυση των χρεώσεων χρειάζεται να προσκομίζονται.
- Η Εταιρεία έχει την πρόθεση και την ικανότητα να αναλάβει την πληρωμή απευθείας στην κλινική/νοσοκομείο.

ΓΙΑ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

- Πρωτότυπες αποδείξεις και τιμολόγια πρέπει να προσκομίζονται όπου θα αναγράφεται το όνομα του ασθενή.
- Πρωτότυπες αποδείξεις για ακτινολογικές εξετάσεις, Αναλύσεις χημείου ή άλλα ιατρικά έξοδα που διενεργήθηκαν να συνοδεύονται με παραπεμπτικό του ιατρού.
- Η ιατρική συνταγή καθώς επίσης και όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά από το φαρμακείο πρέπει να αναγράφουν το όνομα του ασθενούς.
- Οι απαιτήσεις αποζημίωσης μπορούν να πληρώνονται στον τραπεζικό λογαριασμό του ασφαλισμένου χωρίς οποιαδήποτε τραπεζική επιβάρυνση προς τον ασφαλισμένο.

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

Όλα τα έντυπα απαίτησης εφόσον συνοδεύονται από τα απαραίτητα δικαιολογητικά πρέπει να υποβάλλονται στην Εταιρεία εντός (30) ημερών από την ημέρα του συμβάντος.

Παρακαλούμε ακολουθήστε τις οδηγίες παραπάνω όπου με αυτό τον τρόπο, θα βοηθήσετε τον γρήγορο και αποτελεσματικό τρόπο, επεξεργασίας των αιτημάτων σας.

ΔΕΣΜΕΥΣΗ ΜΑΣ

Η Εταιρεία μας δεσμεύεται ότι η διαδικασία αξιολόγησης και πληρωμής της απαίτησης αποζημίωσης θα ολοκληρώνεται το αργότερο εντός 20 εργάσιμων ημερών από την ημερομηνία παραλαβής στα κεντρικά γραφεία νοουμένου ότι έχετε προσκομίσει όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά. Σε περίπτωση που η απαίτηση είναι ελλιπής η Εταιρεία ενημερώνει γραπτώς για την προσκόμιση των απαραίτητων δικαιολογητικών.

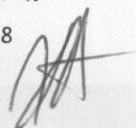
ΠΕΡΙΟΔΟΙ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΩΦΕΛΗΜΑΤΩΝ (αφορούν μόνον τα νέα μέλη του σχεδίου)

1. Δεν καλύπτεται εντός των πρώτων έξι (6) μηνών από την ημερομηνία ισχύος ή Επαναφοράς του Ασφαλιστηρίου σε ισχύ, Νοσηλεία σε Νοσοκομείο εκτός Κύπρου σαν ενδονοσοκομειακός ασθενής εξαιτίας Ασθένειας.
 - Έξοδα για γυναικολογικά προβλήματα, γυναικολογικές χειρουργικές επεμβάσεις, λαπαροσκοπικές ή μη. Οι γυναικολογικές εγχειρήσεις καλύπτονται μόνον εφόσον η Ασθένεια αποδεικνύεται με ιστολογική εξέταση καθώς και κασέτα/ψηφιακό δίσκο λαπαροσκόπησης.
 - Παθήσεις μνήσκου και συνδέσμων, κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου (δισκοπάθεια), ρήξη ινώδους δακτυλίου και στις επιπλοκές τους ανεξάρτητα από το αν προέρχονται από Ατύχημα έστω και αν έχει χαρακτηριστεί η περίπτωση με δικαστική απόφαση ως Ατύχημα.
 - Αιμορροΐδες, ραγάδα δακτυλίου, περιεδρικό συρίγγιο, κισσούς καθώς και ρινικό διάφραγμα και οι επιπλοκές τους.
 - Εγχείρηση αμυγδαλών ή των αδενοειδών εκβλαστήσεων, κάθε φύσεως κήλης, καθώς και παθήσεων των γεννητικών οργάνων.
 - Η Μεταμόσχευση Οργάνων.
 - Έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης που οφείλονται σε ρευματικές, εκφυλιστικές παθήσεις των οστών και των αρθρώσεων.
2. Δεν καλύπτεται το επίδομα τοκετού, εάν και εφόσον ο τοκετός επέλθει πριν την παρέλευση δέκα (10) μηνών από την ημερομηνία έναρξης ή την ημερομηνία επαναφοράς σε ισχύ (όποια είναι πιο πρόσφατη).

ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΩΦΕΛΗΜΑΤΩΝ:

A. Δεν καλύπτονται έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης λόγω Ασθενείας ή Ατυχήματος, άμεσα ή έμμεσα, αποκλειστικά ή μερικά από:

1. Πολέμου, εισβολής, ενέργειας ξένης δύναμης, εχθροπραξιών (με κηρυγμένο πόλεμο ή μη), εμφυλίου πολέμου, στάσης, επανάστασης, πυρηνικής ή βιολογικής ή χημικής τρομοκρατικής ενέργειας, εξέγερσης ή ανατροπής της κυβέρνησης με τη βία ή στρατιωτική ενέργεια ή σφετερισμό εξουσίας ή συμμετοχή του Ασφαλισμένου Ατόμου σε οποιεσδήποτε παράνομες ενέργειες. Ιονίζουσας ακτινοβολίας ή μόλυνσης από ραδιενέργεια από οποιοδήποτε πυρηνικό καύσιμο ή από οποιαδήποτε πυρηνικά κατάλοιπα ή από την καύση πυρηνικής ύλης. Ραδιενεργού, τοξικής, εκρηκτικής ή άλλων επικίνδυνων ιδιοτήτων οποιοδήποτε εκρηκτικού πυρηνικού συνόλου ή πυρηνικού συστατικού μέρους αυτού, τη χρήση εκρηκτικών υλών. Άμεσες ή έμμεσες συνέπειες επιδημιών που προέρχονται από πόλεμο, σεισμό, πλημμύρα ή άλλες φυσικές καταστροφές μεγάλης έκτασης.
2. Τη συμμετοχή του Ασφαλισμένου σε πτήσεις με οποιοδήποτε αεροσκάφος ή ελικόπτερο καθώς και με αιωρόπτερα ή αερόστατα με οποιαδήποτε ιδιότητα. Την συμμετοχή σε επικίνδυνες ψυχαγωγικές δραστηριότητες π.χ. πτώση του Ασφαλισμένου με αλεξίπτωτο, σκι, bungee jumping, αυτόνομες καταδύσεις, τη συμμετοχή του Ασφαλισμένου σε αγώνες, συναγωνισμούς, διαγωνισμούς, ακροβασίες με μηχανικά μέσα (αυτοκίνητα, μοτοσικλέτες κ.λπ.). Τη συμμετοχή του Ασφαλισμένου, γενικά σε επαγγελματικές ή ερασιτεχνικές αθλητικές συναντήσεις (αγώνες ή προπονήσεις) αναγνωρισμένων αθλητικών σωματίων (θα καλύπτονται οι ερασιτέχνες ασφαλιζόμενοι μόνο στην περίπτωση που λαμβάνουν μέρος σε ερασιτεχνικές αθλητικές συναντήσεις χωρίς οιαδήποτε αμοιβή), τη συμμετοχή του /Ασφαλισμένου ειδικά σε επαγγελματικές ή ερασιτεχνικές αθλητικές συναντήσεις πυγμαχίας και πάλης (αγώνες ή προπονήσεις). Διευκρινίζεται ότι καλύπτονται σύμφωνα με τους όρους της παρούσας κάλυψης περιστατικά που θα συμβούν όταν, ο Ασφαλισμένος είναι επιβάτης αεροσκαφών αναγνωρισμένων γραμμών εναέριων συγκοινωνιών ή επιβάτης ειδικών πτήσεων με ναύλο (chartered flight).
3. Την απόπειρα αυτοκτονίας, αυτοτραυματισμό, ανεξάρτητα από τη διανοητική κατάσταση του ατόχου.
4. Έξοδα για διανοητικές, ψυχικές, νευροφυτικές διαταραχές, νευρώσεις, βουλιμία, ανορεξία, κατάθλιψη/αγχώδης συνδρομή καθώς επίσης και επακόλουθα τους, άπνοια ύπνου και ψυχιατρικές παθήσεις ή ασθένειες, εκούσια λήψη φαρμάκων χωρίς συνταγή Ιατρού, χρήση ναρκωτικών ή τοξικών ουσιών, παραισθησιογόνων ή ψυχοφαρμάκων καθώς και κατάχρησης οινοπνευματωδών ποτών, μέθης ή ασθενειών που αποδίδονται σε χρόνιο αλκοολισμό συμπεριλαμβανομένης και της αλκοολικής ηπατοπάθειας. Διάπραξη ή απόπειρα διάπραξης εγκλήματος ή αδικής επίθεσης.
5. Δεν καλύπτονται έξοδα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης για Επιληπτικές κρίσεις.
6. Έξοδα για προληπτικές ιατρικές εξετάσεις/check-up (εκτός και αν αναγράφονται στον Πίνακα Παροχών), εξετάσεις ρουτίνας, ιατρικές εξετάσεις για έκδοση δελτίου υγείας, εμβολιασμούς ή οποιεσδήποτε προληπτικές θεραπείες.
7. Έξοδα που πραγματοποιούνται για ανάρρωση ή της οποίας το αποτέλεσμα είναι αποκλειστικά η ανακούφιση επώδυνων καταστάσεων και όχι η αποθεραπεία αυτών π.χ. αιμοκάθαρση, τελικά στάδια καρκίνων κ.λπ., θεραπείες ανάπαυσης και γηριατρική θεραπεία ή έχουν σχέση με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Χρεώσεις για ιαματικά λουτρά, κλινικές φυσικής θεραπείας, παραμονής ή θεραπείας, αναρρωτήρια, λουτροπόλεις, κέντρα υδατοθεραπείας ή άλλες παρόμοιες εγκαταστάσεις, ακόμη και αν έχουν καταγραφεί ως Νοσοκομεία.
8. Πάσης φύσεως θεραπείες ή χειρουργικές επεμβάσεις για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας ή και επεμβάσεις πλαστικής χειρουργικής, εκτός εάν αυτές επιβάλλονται για την αποκατάσταση των συνεπειών Ατυχήματος το οποίο καλύπτεται από το παρόν Ασφαλιστήριο και το οποίο έχει γνωστοποιηθεί στην Εταιρία γραπτώς και έχει αναγνωρισθεί από αυτήν έστω και χωρίς αξίωση για αποζημίωση και αποδεικνύεται ακτινογραφικά ή με άλλες εργαστηριακές εξετάσεις. Σε περίπτωση καλυπτόμενου περιστατικού μαστεκτομής λόγω καρκίνου θα καλύψουμε την επανορθωτική πλαστική στήθους.
9. Έξοδα για οδοντιατρική θεραπεία εκτός της απαραίτητης για την αποκατάσταση τυχόν βλάβης από ατύχημα, όλα τα φάρμακα που χορηγούνται για την θεραπεία δοντιών και των ούλων, οδοντιατρική ή χειρουργική θεραπεία στα δόντια, φατνία και ούλα καθώς και θεραπεία του συνδρόμου κροταφογναθικής αρθρώσεως TMJ, εκτός και αν η θεραπεία είναι αποτέλεσμα Ατυχήματος. Σε καμία περίπτωση δεν καλύπτονται έξοδα για ορθοδοντική θεραπεία ή που σκοπός της είναι το αισθητικό αποτέλεσμα.
10. Έξοδα αγοράς γυαλιών ή φακών επαφής. Δεν καλύπτονται οφθαλμολογικές εξετάσεις ρουτίνας (έλεγχος όρασης), έλεγχος ακοής, και ακουστικών βαρηκοΐας, θεραπεία ή εγχείρηση για την διόρθωση οφθαλμικών διαθλαστικών ανωμαλιών ή της ακουστικής οξύτητας εκτός και αν είναι αποτέλεσμα ατυχήματος. Έξοδα αγοράς και τοποθέτησης



- τεχνητών προσθετικών τμημάτων του σώματος, τεχνητά μέλη και συσκευές, διορθωτικών συσκευών και υποβοηθητικών της λειτουργίας αυτών μηχανημάτων, ιατρικά βοηθήματα. Κατ' εξαίρεση, καλύπτονται αποκλειστικά και μόνο τα έξοδα αγοράς και τοποθέτησης μοσχεύματος κερατοειδούς, ενδοφθαλμικού, μόσχευματος αρτηριών βαλβίδας καρδιάς, βηματοδότη, απεινιδωτού και υλικών οστεοσύνθεσης και υπό την προϋπόθεση ότι η τοποθέτηση αυτών είναι απαραίτητη, συνέπεια ατυχήματος ή ασθένειας που συνέβη κατά τη διάρκεια ισχύος του παρόντος Ασφαλιστηρίου και νοουμένου ότι έχει προηγηθεί η εκ των προτέρων έγκριση της Εταιρίας.
11. Έξοδα για αφαίρεση σπύλων εκτός αν αποδεικνύεται κακοήθεια κατόπιν ιστολογικής εξέτασης.
 12. Νοσηλεία σε Νοσοκομείο για αποκατάσταση με εξαίρεση τις περιπτώσεις όπου:
 - κάποιον αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της θεραπείας και
 - διενεργείται από Ιατρό με ειδικότητα στην αποκατάσταση, και
 - διενεργείται σε αναγνωρισμένο Νοσοκομείο ή μονάδα αποκατάστασης, και
 - τα έξοδα έχουν εγκριθεί από την Εταιρία, γραπτώς, πριν την έναρξη της αποκατάστασης.
 13. Οποιαδήποτε έξοδα σχετίζονται με εγκυμοσύνη, τοκετό και επιπλοκές.
 14. Έξοδα τα οποία προέρχονται από μη αναγνωρισμένη ιατρική πρακτική στην Κύπρο.
 15. Χρεώσεις που αφορούν την ετοιμασία Ιατρικών Εκθέσεων ή για τη συμπλήρωση των εντύπων απαίτησης ή Αίτησης Ασφάλισης ή οποιουδήποτε μέρους τους.
 16. Θεραπεία που αφορά σε Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Ασθένειες, αφροδίσιων νοσημάτων όπως είναι, αλλά χωρίς να περιορίζεται στα χλαμύδια, στον έρπη των γεννητικών οργάνων, στη σύφιλη, στη γονόρροια ή στις συνέπειες τους. Το Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS), καθώς και τις επιπλοκές του.
 17. Τα έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που εισέπραξε ο Ασφαλισμένος από οποιοδήποτε φορέα.
 18. Οποιαδήποτε έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης που πραγματοποιήθηκαν ή που είχαν γενεσιουργό αιτία κατά οποιαδήποτε περίοδο για την οποία το ασφαλιστήριο δεν ήταν πληρωμένο εντός της περιόδου χάριτος που αναφέρεται στο άρθρο 9. Η εισπραξη του ασφαλιστηρίου σε μεταγενέστερη περίοδο δεν αναιρεί κάτω από οποιοσδήποτε περιστάσεις την εξαίρεση αυτή.
 19. Έξοδα για την αγορά καλλυντικών, όλων των ειδών σαπούνια, προϊόντα για την περιποίηση μαλλιών, αντισηπικά προϊόντα, καθώς επίσης και έξοδα για οποιαδήποτε μορφή αλλεργίας, για την αγορά όλων των ειδών βιταμινών, συμπληρωμάτων διατροφής και παιδικών τροφών. Οποιαδήποτε έξοδα έχουν σχέση με την ακμή, ξηροδερμία ή θεραπεία νυχιών, ή/και αγορά δερματολογικών προϊόντων για κοσμητικούς σκοπούς.
 20. Έξοδα για θεραπείες οι οποίες ξεφεύγουν από τα πλαίσια της Συμβατικής Ιατρικής.
 21. Για παθήσεις ή σωματικές βλάβες καθώς και υποτροπές και επιπλοκές τους, για τις οποίες δόθηκε φαρμακευτική αγωγή, συμβουλή ή θεραπεία ή υπήρχαν συμπτώματα, ή ήταν γνωστές στον Ασφαλισμένο ή και τον Συμβαλλόμενο και είναι Συγγενείς παθήσεις, γενετικές παθήσεις καθώς και σε προϋπάρχουσες του παρόντος ασφαλιστηρίου παθήσεις. Καλύπτονται μόνον, η φαρμακευτική αγωγή που δίνεται εξωνοσοκομειακά για τις προϋπάρχουσες παθήσεις των ασφαλισμένων που έχουν γίνει μεταφορά από το σχέδιο υγείας που διατηρούσε η Π.Ε.Ο. και δεν εξαιρούνται από τους όρους του παρόντος Ασφαλιστηρίου και σύμφωνα με τα Ανώτατα όρια όπως περιγράφονται στον Πίνακα Παροχών
 22. Οποιοσδήποτε διαγνωστικές εξετάσεις, φαρμακευτική αγωγή ή Θεραπεία σχετική με την στειρότητα ή γονιμοποίηση, ιατρικά έξοδα ως εξωτερικός ασθενής για ορμονικές διαταραχές ή παθήσεις μεταβολισμού ή ανωμαλίες κύκλου περιόδου. Θεραπεία που σχετίζεται με αλλαγή φύλου καθώς και θεραπεία ανικανότητας ή σεξουαλικής δυσλειτουργίας ή των συνεπειών τους.



Εντολή Άμεσης (-ων) χρέωσης (-ων) ΕΧΠΕ (SEPA)



Κωδικός αναφοράς ανάθεσης – Συμπληρώνεται από το δικαιούχο οργανισμό

Με την παρούσα, εξουσιοδοτείτε τον/ την (Α) TRUST INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY (Cyprus) LTD να αποστέλλει οδηγίες στην τράπεζά σας για χρέωση του λογαριασμού σας και (Β) την τράπεζά σας να χρεώνει το λογαριασμό σας σύμφωνα με τις σχετικές οδηγίες που λαμβάνει από τον/ την TRUST INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY (Cyprus) LTD. Ως μέρος των δικαιωμάτων σας, δικαιούστε να απαιτήσετε επιστροφή ποσού από την τράπεζά σας σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις της μεταξύ σας συμφωνίας. Επιστροφή ποσού πρέπει να αξιωθεί εντός 8 εβδομάδων από την ημερομηνία χρέωσης του λογαριασμού σας. Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε όλα τα πεδία που φέρουν αστερίσκο*

Το ονοματεπώνυμό σας *		1
Η διεύθυνσή σας	Όνομα και επώνυμο οφειλέτη (-ών)	
	Οδός και αριθμός	2
	Ταχυδρομικός Κωδικός Πόλη	3
	Χώρα	4
Ο αριθμός του λογαριασμού σας *		5
	IBAN λογαριασμού	6
	SWIFT BIC	
Επωνυμία δικαιούχου οργανισμού **	TRUST INSURANCE CYPRUS	7
	Επωνυμία δικαιούχου οργανισμού	
	CY06ZZZ00UI	8
	Κωδικός αναγνώρισης δικαιούχου οργανισμού	
	Λ. ΣΤΡΟΒΟΛΟΥ 292	9
	Οδός και αριθμός	
	2048 ΣΤΡΟΒΟΛΟΣ ΛΕΥΚΩΣΙΑ	10
	Ταχυδρομικός Κωδικός Πόλη	
	ΚΥΠΡΟΣ	11
	Χώρα	
Τύπος πληρωμής *	Επαναλαμβανόμενη πληρωμή <input checked="" type="checkbox"/> Η Εφάπαξ πληρωμή <input type="checkbox"/>	12
Υπογράφηκε		
	Πόλη/ Τόπος	
Υπογραφή οφειλέτη		
Παρακαλώ υπογράψτε εδώ*		
	Ημερομηνία * Η Η Μ Μ Ε Ε	13

Σημείωση: Τα δικαιώματά σας αναφορικά με την ως άνω ανάθεση προσδιορίζονται σε δήλωση, την οποία μπορείτε να αποκτήσετε από την τράπεζά σας.

Λεπτομέρειες αναφορικά με την υποκειμένη σχέση μεταξύ του Δικαιούχου και του Οφειλέτη – αποκλειστικά για σκοπούς πληροφόρησης.

Κωδικός αναγνώρισης οφειλέτη		14
Πρόσωπο για λογαριασμό του οποίου γίνεται η πληρωμή	Συμπληρώστε όποιον κωδικό αριθμό επιθυμείτε να χρησιμοποιεί η τράπεζά σας.	15
	Όνομα του προσώπου για λογαριασμό του οποίου γίνεται η πληρωμή: Εάν προβαίνετε σε πληρωμή βάσει συμφωνίας μεταξύ της TRUST INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY (Cyprus) LTD και ενός άλλου προσώπου (δηλαδή, εάν πληρώνετε για λογαριασμό άλλου προσώπου), παρακαλούμε όπως αναγράψετε το όνομα του άλλου προσώπου εδώ. Εάν πληρώνετε για ίδιο λογαριασμό, μη συμπληρώσετε το συγκεκριμένο πεδίο	16
	Κωδικός αναγνώρισης του προσώπου για λογαριασμό του οποίου γίνεται η πληρωμή.	17
	Όνομα του προσώπου για λογαριασμό του οποίου γίνεται δεκτή η πληρωμή: Ο Δικαιούχος πρέπει να συμπληρώσει το παρόν τμήμα εφόσον δέχεται πληρωμή/καταβολές για λογαριασμό άλλου προσώπου.	18
Σχετικά με τη σύμβαση :	Κωδικός αναγνώρισης του προσώπου για λογαριασμό του οποίου γίνεται δεκτή η πληρωμή.	19
	Κωδικός υποκειμένης σύμβασης	20
	Περιγραφή σύμβασης	

Να επιστραφεί σε:

Χώρος για το δικαιούχο οργανισμό