



ΟΔΗΓΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ EUROLIFE




ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ
Σύλλογος Πληροφορικής
Eurobank Ergasias AE

 Eurobank



Σύλλογος Πληροφορικής
Eurobank Ergasias ΑΕ

ΟΔΗΓΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ EUROLIFE

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ	2
ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ & ΚΑΛΥΨΕΙΣ ΕΥΡΕΙΑΣ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΤΗΣ EUROLIFE ERB	3
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ, ΣΥΖΥΓΟΥ & ΠΑΙΔΙΩΝ	9
ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ, ΣΥΖΥΓΟΥ & ΠΑΙΔΙΩΝ	13
ΑΜΕΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ INTERAMERICAN	18
Η ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ/ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΣΤΗΝ EUROBANK	19
Η ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΣΤΗΝ EUROBANK	23
ΤΙ ΠΡΟΒΛΕΠΕΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΖΩΗΣ	25
ΤΙ ΙΣΧΥΕΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ EUROLIFE ERB	26
ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	29
ΈΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ	34

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Προεδρείο

Πρόεδρος Λεωνίδας Κανέλλος lkanellos@itunion.gr

Γραμματέας Νίκος Παρτσαλάς npartsalas@itunion.gr

Αντιπρόεδρος Δημήτρης Τσάκωνας ditsakonas@itunion.gr

Ταμίας Πέτρος Πάντος ppantos@itunion.gr

Ειδικός Γραμματέας Νάγια Γουσέτη ngouseti@itunion.gr

Έφορος Κατερίνα Ανδρεοπούλου aandreopoulou@itunion.gr

Μέλος Ζωή Ανδρεοπούλου zandreopoulou@itunion.gr

Εκπρόσωπος Ο.Τ.Ο.Ε Λεωνίδας Κανέλλος

Εκπρόσωπος Ε.Κ.Α Νίκος Παρτσαλάς npartsalas@itunion.gr

Τηλέφωνα Επικοινωνίας 210-3718780

e-Mail συλλόγου info@ituniontt.gr

Facebook Page <http://itunion.gr>

ΟΔΗΓΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ

Δικαιούχοι και καλύψεις ευρείας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης της Eurolife ERB

Ιδιωτική ασφάλιση ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από την Eurolife ERB δικαιούσαι εφόσον εργάζεσαι στην Τράπεζα με πλήρη απασχόληση και είσαι κάτω των 65 ετών. Επιπλέον, με την ασφάλιση αυτή καλύπτεις από τη στιγμή της πρόσληψής σου και μετά όλα τα ασφαλισμένα εξαρτώμενα από εσένα μέλη, ανεξάρτητα από τον κύριο ασφαλιστικό φορέα τους. Ως εξαρτώμενα μέλη ορίζονται:

- **Ο/Η σύζυγός σου** μέχρι την ηλικία των 65 ετών.
- **Τα παιδιά σου** από 14 ημερών έως 19 ετών ή έως 25 ετών, εφόσον σπουδάζουν σε αναγνωρισμένη Ανώτατη ή Ανώτερη Σχολή και συντηρούνται από εσένα. Για να μάθεις ποιες είναι οι αναγνωρισμένες Ανώτατες ή Ανώτερες Σχολές μπορείς να επικοινωνήσεις με το HR4U.

Εάν το τέκνο σου έχει νομίμως πιστοποιημένο ποσοστό αναπηρίας μεγαλύτερο ή ίσο του πενήντα τοις εκατό ($\geq 50\%$) και για όσο χρόνο αυτό υφίσταται, θα καλύπτεται και μετά την ηλικία των 25 ετών σύμφωνα με τους εκάστοτε ισχύοντες όρους του προγράμματος. Η κάλυψη ισχύει εφόσον:

- Εσύ καλύπτεσαι από την ιδιωτική ασφάλιση ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης της Eurolife ERB.
- Το τέκνο σου είναι εξαρτώμενο μέλος της οικογένειάς σου και εξακολουθείς να το συντηρείς.

Οι παροχές της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης παύουν να ισχύουν όταν:

- **Λήξει η εργασιακή σχέση σου με την Τράπεζα.**
- **Συμπληρώσεις το 65ο έτος της ηλικίας σου.**

Για τα εξαρτώμενα μέλη σου, οι παροχές της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης παύουν να ισχύουν:

- **Όταν λήξει η εργασιακή σχέση σου με την Τράπεζα**
ή
- **Όταν συμπληρώσουν το ανώτατο όριο ηλικίας**

Εάν την ημερομηνία λύσης της σύμβασης εργασίας σου με την Τράπεζα εσύ ή το εξαρτώμενο από εσένα μέλος νοσηλεύεστε εξαιτίας ατυχήματος ή ασθένειας, οι παροχές της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης θα εξακολουθήσουν να ισχύουν για όσο διάστημα διαρκεί αυτή η νοσηλεία. Βασική προϋπόθεση είναι να μην έχει εξαντληθεί το ανώτατο όριο των παροχών.

Οι Μη Καλυπτόμενες Δαπάνες της Ευρείας Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης Eurolife

Στις καλύψεις της ευρείας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης Eurolife δεν περιλαμβάνονται ορισμένες νοσοκομειακές ή εξωνοσοκομειακές δαπάνες. Ενδεικτικά, μπορούμε να αναφερθούμε σε:

1. Πλαστική χειρουργική

- **Αισθητικές ή πλαστικές εγχειρήσεις** ή θεραπείες σχετιζόμενες με αυτές, εκτός αν αυτές είναι αναγκαίες για την αποκατάσταση τραυματικής βλάβης από ατύχημα το οποίο συνέβη κατά τον χρόνο που η ασφάλεια βρισκόταν σε ισχύ, και με την υποβολή της ιστολογικής εξέτασης.

2. Εγκυμοσύνη και αναπαραγωγή

- **Εγκυμοσύνη:** Δαπάνες που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (εργαστηριακές εξετάσεις, υπερηχογραφήματα, φάρμακα, επισκέψεις γιατρού πριν και μετά τον τοκετό) εκτός των προβλεπόμενων στις Παροχές Μητρότητας.
- **Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή:** Δαπάνες για προσπάθεια τεκνοποίησης και θεραπεία στειρότητας.

3. Ψυχική υγεία

- **Ψυχικές και νευρικές διαταραχές:** Ιατρικές επισκέψεις ή νοσηλείες που αφορούν ψυχικές, νευροφυτικές και νευρικές διαταραχές καθώς και τα επακόλουθα αυτών (εκτός από τις παθήσεις του κεντρικού ή περιφερικού κεντρικού συστήματος).
- **Εξάρτηση από ουσίες:** Δαπάνες για θεραπεία εξαιτίας αλκοολισμού ή χρήσης ναρκωτικών.
- **Αυτοτραυματισμός:** Δαπάνες για σωματική βλάβη εξαιτίας αυτοτραυματισμού, ανεξάρτητα από τη διανοητική, ψυχολογική ή ψυχική κατάσταση του ασφαλισμένου.

4.Οφθαλμιατρική

- **Οφθαλμολογικές εξετάσεις** που γίνονται για τη μέτρηση της οφθαλμικής διάθλασης ή θεραπείες ή εγχειρήσεις που σχετίζονται με τη διόρθωση της οφθαλμικής διάθλασης. Καλύπτεται όμως η ιατρική επίσκεψη σε οφθαλμίατρο, όταν αυτή συνοδεύεται με τις δαπάνες χορήγησης σκελετών γυαλιών ή κρυστάλλων γυαλιών ή φακών επαφής.

5.Προληπτική ιατρική

- **Εμβολιασμός:** Προληπτικοί και κάθε είδους εμβολιασμοί.
- **Check-up:** Δαπάνες που πραγματοποιούνται για προληπτικούς λόγους υγείας, εκτός του ετήσιου τεστ PAP.

6.Ειδικές συνθήκες

- **Πόλεμος:** Δαπάνες για σωματική βλάβη ή ασθένεια που προέρχεται από ανταρσία ή πόλεμο κηρυγμένο ή ακήρυκτο ή συμμετοχή σε εμφύλια ταραχή.
- **Απομόνωση:** Δαπάνες θεραπείας ανάπαυσης σε κέντρα υγείας ή για περιόδους καραντίνας ή απομόνωσης.

7.Άλλες εξαιρέσεις

- **Θεραπεία που παρέχεται δωρεάν** στον ασφαλισμένο ή που τα έξοδά της καταβλήθηκαν εξ ολοκλήρου από άλλο ασφαλιστικό πρόγραμμα ή Ταμείο.
- **Έξοδα μεταφοράς** από ή προς το νοσοκομείο ή κλινική με μεταφορικά μέσα άλλα εκτός των ειδικών νοσοκομειακών αυτοκινήτων.

Καλυπτόμενες Δαπάνες Ευρείας Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης

Οι καλυπτόμενες δαπάνες αφορούν:

- **Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη**
- **Νοσοκομειακή περίθαλψη**
- **Παροχές μητρότητας**
- **Οδοντιατρική / ορθοδοντική κάλυψη**
- **Οφθαλμολογική κάλυψη**

Ενδεικτικά μπορούμε να αναφερθούμε σε περιπτώσεις όπως:

1.Νοσηλεία

- **Δωμάτιο και διατροφή** σε νοσηλευτικό ίδρυμα αναγνωρισμένο από το κράτος, μέχρι το ποσό που αναφέρεται στην Αποζημίωση Νοσοκομειακής Περίθαλψης.
- **Νοσηλεία σε μονάδα εντατικής θεραπείας:** Αν εξαιτίας σοβαρής ασθένειας ή ατυχήματος ο ασφαλισμένος εισαχθεί σε μονάδα εντατικής θεραπείας, λαμβάνει ημερησίως το ποσό που αναφέρεται στην Αποζημίωση, για όσο διάστημα είναι ιατρικά επιβεβλημένη η παραμονή στη μονάδα, όχι όμως για περισσότερες από 14 ημέρες.
- **Νοσοκομειακές υπηρεσίες:** Κάθε αναγκαία νοσοκομειακή υπηρεσία και υλικά για ιατρική περίθαλψη στο νοσοκομείο ή την κλινική ή στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, ακόμα κι αν δεν απαιτούν τη διανυκτέρευση στο Νοσοκομείο.
- **Αναισθητικά** και παροχή τους.
- **Μετάγγιση αίματος και πλάσματος.**
- **Έξοδα μεταφοράς** με νοσοκομειακό αυτοκίνητο προς ή από το νοσοκομείο, εφόσον πραγματοποιηθεί νοσηλεία.

2. Ιατρικές υπηρεσίες

- **Γιατρός:** Ιατρικές επισκέψεις και αμοιβή γιατρών για εγχείρηση ή άλλη ιατρική περίθαλψη μέσα στο νοσοκομείο και αμοιβή αναισθησιολόγου εκτός από οδοντιατρικά έξοδα.
- **Νοσοκόμος:** Υπηρεσίες που προσφέρονται από αναγνωρισμένο αδειούχο νοσοκόμο μέσα στο νοσοκομείο. Ο νοσοκόμος δεν πρέπει να έχει συγγένεια με τον ασφαλισμένο, ούτε να κατοικεί στο ίδιο σπίτι με αυτόν.
- **Φυσικοθεραπευτής:** Έξοδα φυσικοθεραπευτή, που δεν έχει συγγένεια με τον εργαζόμενο.
- **Οδοντίατρος:** Αμοιβή οδοντιάτρου ανάλογα με τη φύση των εργασιών, όπως αναλύονται στην Οδοντιατρική Κάλυψη. Ειδικά για την περίπτωση ατυχήματος, καλύπτονται τα έξοδα χειρουργού οδοντιάτρου για την αποκατάσταση τραύματος φυσικών δοντιών από ατύχημα, εφόσον:

1. Ενημερώσεις γραπτά την **ERB Ασφαλιστικές Υπηρεσίες ΑΕΜΑ** μέσα σε 5 ημέρες από την ημερομηνία που συνέβη το ατύχημα.

2. Η αποκατάσταση γίνει μέσα σε 6 μήνες από την ημερομηνία που συνέβη το ατύχημα.

- **Οφθαλμίατρος:** Ιατρική επίσκεψη σε οφθαλμίατρο, εφόσον συνοδεύεται από τις δαπάνες χορήγησης σκελετών γυαλιών ή κρυστάλλων γυαλιών ή φακών επαφής.

3. Διαγνωστικές εξετάσεις

- **Ετήσιο τεστ PAP:** Ένα σε κάθε ημερολογιακό έτος
- **Εργαστηριακές εξετάσεις** μετά από σύσταση γιατρού, όπως αιματολογικές εξετάσεις
- **Ακτινογραφίες** μετά από σύσταση γιατρού
- **Αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες** μετά από σύσταση γιατρού

4.Θεραπευτική αγωγή

- **Ακτινοθεραπεία**
- **Χημειοθεραπεία**

5.Φαρμακευτικά υλικά και βοηθήματα

- **Φάρμακα** μετά από συνταγή γιατρού.
- **Οξυγόνο** και ενοίκιο των απαιτούμενων συσκευών για την παροχή του.
- **Γύψινα εκμαγεία**, κοινοί νάρθηκες, επίδεσμοι, ορθοπεδικές ζώνες, ειδικά στηρίγματα, δεκανίκια.
- **Χειρουργικά εξαρτήματα.**
- **Αναπηρικά αμαξίδια, κλίνες, βοηθήματα:** Ενοικίαση αναπηρικών αμαξιδίων, ειδικής κλίνης νοσοκομείου ή «σιδηρού πνεύμονα».
- **Τεχνητά μέλη και μάτια**, όταν αυτά απαιτούνται λόγω ατυχήματος ή λόγω ασθένειας που συνέβη σε χρόνο που η ασφάλεια βρισκόταν σε ισχύ.
- **Ακουστικά βαρηκοΐας.**

Αποζημίωση Ευρείας Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης Eurolife

Η αποζημίωση που λαμβάνεις εξαρτάται από το **είδος της δαπάνης**, καθώς και από τη **χρήση ή όχι και άλλου ασφαλιστικού φορέα**.

Η μέγιστη αποζημίωση που μπορείς να λάβεις συνολικά στη διάρκεια ενός ημερολογιακού έτους είναι **25.000 ευρώ** για κάθε ασφαλισμένο μέλος. Αφορά τις συνολικές καλυπτόμενες δαπάνες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για σένα και κάθε εξαρτώμενο μέλος σου (σύζυγος και παιδιά), εντός ή εκτός νοσοκομείου.

Νοσοκομειακή περίθαλψη εργαζόμενου, συζύγου και παιδιών

Στο πλαίσιο της ασφάλισής σου στην Eurolife ERB, παρέχεται κάλυψη για συγκεκριμένες δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης για εσένα, τον/τη σύζυγό σου και τα παιδιά σου. Αφορά περιπτώσεις νοσηλείας σε νοσοκομείο λόγω ασθένειας ή ατυχήματος και περιλαμβάνει:

- Δωμάτιο και διατροφή σε νοσοκομείο στην Ελλάδα ή το εξωτερικό
- Νοσηλεία σε μονάδα εντατικής θεραπείας
- Αμοιβές θεραπόντων ιατρών
- Αμοιβές χειρουργών ή βοηθών χειρουργών
- Αμοιβές αναισθησιολόγων
- Δαπάνες νοσοκομείου / κλινικής
- Ημερήσιες θεραπείες ή επεμβάσεις

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείς να δεις τα σχετικά έγγραφα **Καλυπτόμενες Δαπάνες** και **Μη Καλυπτόμενες Δαπάνες** ενώ τα δικαιολογητικά που χρειάζεσαι περιγράφονται αναλυτικά στο έγγραφο **Λίστα Απαραίτητων Δικαιολογητικών**.

Αποζημίωση

Εάν δεν κάνεις χρήση άλλου ασφαλιστικού φορέα (δημόσιου ή ιδιωτικού):

- Λαμβάνεις το **75%** των δαπανών σου, μέχρι το καθορισμένο ανώτατο όριο.

Εάν κάνεις χρήση άλλου ασφαλιστικού φορέα, δημόσιου ή ιδιωτικού (π.χ. ΕΟΠΥΥ, ιδιωτικής ασφάλισης με άλλη ασφαλιστική εταιρεία κ.λπ.) και ο φορέας αυτός καλύψει:

- Τουλάχιστον το **25%** των δαπανών σου, τότε από την **Eurolife ERB** λαμβάνεις το **90%** του ποσού που δεν κάλυψε ο άλλος φορέας μέχρι το καθορισμένο ανώτατο όριο.
- Ποσό μικρότερο του **25%** των δαπανών σου, τότε από τη **Eurolife ERB** λαμβάνεις το **75%** του ποσού που δεν κάλυψε ο άλλος φορέας με βάση το επίσημο τιμολόγιό του μέχρι το καθορισμένο ανώτατο όριο.

Σε κάθε περίπτωση, δεν υπάρχει εκπιπόμενο ποσό.

Ανώτατα όρια αποζημίωσης

- **147 ευρώ / ημέρα** για δωμάτιο και διατροφή στην Ελλάδα.
- **293 ευρώ / ημέρα** για δωμάτιο και διατροφή στο εξωτερικό.
- **293 ευρώ / ημέρα** για νοσηλεία σε μονάδα εντατικής θεραπείας.
- Για **14 ημέρες** ως μέγιστο αριθμό ημερών νοσηλείας στη μονάδα εντατικής θεραπείας.

Για τις αμοιβές θεραπόντων γιατρών, αμοιβές χειρουργών ή βοηθών χειρουργών, αμοιβές αναισθησιολόγων, ημερήσιες θεραπείες ή άλλες δαπάνες νοσοκομείου-κλινικής ή επεμβάσεις δεν υπάρχει επιμέρους όριο.

Απαραίτητα δικαιολογητικά για κάλυψη δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης

Όλα τα δικαιολογητικά πρέπει να είναι τα **πρωτότυπα**. Συγκεκριμένα, χρειάζεται να προσκομίσεις:

1. **Εισιτήριο και εξιτήριο νοσοκομείου.** Πρέπει να γράφει το όνομα του ασθενούς και την αιτία της νοσηλείας.
2. **Απόδειξη παροχής υπηρεσιών** με ανάλυση των εξόδων νοσηλείας και την αντίστοιχη εξοφλητική απόδειξη.
3. **Αποδείξεις χειρουργών, βοηθών χειρουργών ή αναισθησιολόγων** (αν οι αμοιβές τους δεν περιλαμβάνονται στο τιμολόγιο του νοσοκομείου).
4. **Αποδείξεις φαρμάκων με τα αντίστοιχα κουπόνια.** Αν χρησιμοποιήθηκαν ειδικά υλικά, τα τιμολόγια ή οι αποδείξεις αγοράς τους.

Αν απασχόλησες αποκλειστική νοσοκόμα, προσκόμισε επιπλέον:

5. **Γνωμάτευση του θεράποντος γιατρού** για την αναγκαιότητα αποκλειστικής νοσοκόμας.
6. **Αποδείξεις της αποκλειστικής νοσοκόμας,** θεωρημένες από την Εφορία και υπογεγραμμένες από την προϊσταμένη νοσοκόμα του νοσοκομείου όπου έγινε η νοσηλεία.

Αν έχεις κάνει χρήση άλλου ασφαλιστικού φορέα (δημοσίου ή ιδιωτικού), ο οποίος έχει αποζημιώσει απευθείας το νοσοκομείο και δεν αναγράφεται στο τιμολόγιο, προσκόμισε επιπλέον:

7. **Βεβαίωση συμμετοχής του άλλου ασφαλιστικού φορέα** από το Λογιστήριο του νοσοκομείου.

Αν ο άλλος ασφαλιστικός φορέας έχει αποζημιώσει εσένα, τότε επιπλέον των παραπάνω δικαιολογητικών, χρειάζεται να προσκομίσεις επιπλέον:

1. **Την αντίστοιχη εκκαθάριση** του άλλου φορέα.
2. **Πρωτότυπη απόφαση/βεβαίωση** του άλλου ασφαλιστικού φορέα που θα επέχει θέση πιστοποιητικού για φορολογική χρήση.
3. **Αντίγραφα των δικαιολογητικών** που έχεις καταθέσει στον άλλο ασφαλιστικό φορέα.

Σε περίπτωση δαπάνης, εντός ή εκτός Νοσοκομείου, που πραγματοποιήθηκε εκτός Ελλάδος, οι πρωτότυπες 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 νόμιμα στην ελληνική γλώσσα. Εξαίρεση αποτελεί η περίπτωση κατά την οποία οι δαπάνες έχουν πραγματοποιηθεί σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στις Η.Π.Α. ή Καναδά και υπό την προϋπόθεση ότι οι πρωτότυπες αποδείξεις και τα δικαιολογητικά είναι γραμμένα στην αγγλική γλώσσα, διαφορετικά θα πρέπει να είναι μεταφρασμένα στην ελληνική γλώσσα.

Διαδικασία

Για να αποζημιωθείς για τις καλυπτόμενες δαπάνες νοσοκομειακής περίθαλψης:

1. Συγκέντρωσε όλα τα παραπάνω δικαιολογητικά. Όλα τα δικαιολογητικά πρέπει να είναι τα πρωτότυπα.
2. Συμπλήρωσε και υπόγραψε το **Έντυπο Υποβολής Δικαιολογητικών**.
3. Στείλε μας τον πλήρη φάκελό σου, δηλαδή όλα τα δικαιολογητικά μαζί με το Έντυπο Υποβολής Δικαιολογητικών. Η αποστολή πρέπει να γίνει:

- **Μέσα σε 60 ημέρες** από την ημερομηνία που έγινε η δαπάνη.
- Με συστημένη εσωτερική αλληλογραφία με την ένδειξη «**Αίτημα Αποζημίωσης Νοσηλείας**» στην

ERB Ασφαλιστικές Υπηρεσίες ΑΕΜΑ

Πανεπιστημίου 33-35 & Κοραή

10564 Αθήνα



Προς την ERB ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ Α.Ε.Μ.Α*

**ΠΑΡΟΧΕΣ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΗΣ
ΤΡΑΠΕΖΑΣ EUROBANK ERGASIAS Α.Ε.**

Έντυπο υποβολής δικαιολογητικών

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ
2. ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ
3. ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ (Συμπληρώνεται υποχρεωτικά - Σε αντίθετη περίπτωση τα δικαιολογητικά θα επιστρέφονται)
4. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ
5. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΗ
6. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ Ημέρα Μήνας Έτος
7. ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΥΠΑΛΛΗΛΟ
8. ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΠΑΘΗΣΗΣ
9. Συμπληρώνεται μόνο στις περιπτώσεις δαπανών νοσηλείας: 1. Έχετε Ασφαλιστήριο με Νοσοκομειακό Πρόγραμμα στην EFG Eurolife και θέλετε να κάνετε χρήση; ΝΑΙ: _____ ΟΧΙ: _____ 2. Θέλετε Βεβαίωση προκειμένου να την υποβάλλετε σε άλλη ασφαλιστική Εταιρία ή Ταμείο κύριας ασφάλισης για τις δαπάνες που ενδεχομένως δεν θα καλυφθείτε; ΝΑΙ: _____ ΟΧΙ: _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

*Για λογαριασμό της Τράπεζας EUROBANK ERGASIAS Α.Ε. στο πλαίσιο της διαχείρισης των παροχών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του προσωπικού της.

Κ.Α. 434/30.08.2010

Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη εργαζόμενου, συζύγου και παιδιών

Η ασφάλιση της Eurolife ERB παρέχει κάλυψη δαπανών σε περιπτώσεις εξωνοσοκομειακής περίθαλψης για σένα, τον/τη σύζυγο και τα παιδιά σου. Πρόκειται για δαπάνες περίθαλψης εκτός νοσηλευτικού ιδρύματος, που έχουν προκύψει από ασθένεια ή ατύχημα και πρέπει να τεκμηριωθούν με αποδείξεις.

Καλυπτόμενες δαπάνες Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης

Ενδεικτικά μπορούμε να αναφέρουμε περιπτώσεις όπως:

- **Ιατρικές επισκέψεις**
- **Διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις**
- **Φάρμακα**
- **Άλλες δαπάνες εκτός νοσοκομείου (π.χ. σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου ή κλινικής)**

Στις περιπτώσεις εξωνοσοκομειακής περίθαλψης χρειάζεται να γνωρίζεις ότι αν εκτός από σένα, ασφαλισμένοι είναι και άλλα μέλη της οικογένειάς σου, οι καλυπτόμενες δαπάνες υπολογίζονται ξεχωριστά για κάθε ασφαλισμένο.

Για όλες τις καλυπτόμενες δαπάνες είναι απαραίτητο να προσκομίζεις πρωτότυπες αποδείξεις, που αναγράφουν το όνομα του ασθενή και το είδος της πάθησης.

Εκπιπόμενο ποσό

100 ευρώ τον χρόνο (από 01/01 έως 31/12) για κάθε ασφαλισμένο μέλος.

Το εκπιπόμενο ποσό είναι το ποσό των καλυπτόμενων δαπανών σου για το οποίο μας προσκομίζεις αποδείξεις, αλλά δεν αποζημιώνεσαι. Αφαιρείται μία φορά σε κάθε ημερολογιακό έτος και δεν εξαρτάται από το είδος δαπάνης, π.χ. αν είναι για ιατρική επίσκεψη ή για εξετάσεις.

Αν εκτός από σένα, ασφαλισμένοι είναι και άλλα μέλη της οικογένειάς σου, το εκπιπόμενο ποσό είναι 100 ευρώ ξεχωριστά για κάθε ασφαλισμένο.

Απαραίτητα δικαιολογητικά για κάλυψη δαπανών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης

Όλα τα δικαιολογητικά πρέπει να είναι τα πρωτότυπα. Είναι απαραίτητο να γράφουν το όνομα του ασθενή, τη φύση της πάθησης και ό,τι άλλο διευκρινίζεται εδώ. Συγκεκριμένα, χρειάζεται να προσκομίσεις:

- 1. Αποδείξεις παροχής υπηρεσιών γιατρού, θεωρημένες από την Εφορία.** Αν πρόκειται για φυσικοθεραπευτή, ο οποίος δεν είναι συγγενής με τον υπάλληλο, πρέπει επιπλέον να αναγράφουν τον αριθμό των συνεδριών φυσικοθεραπείας που περιλαμβάνει αυτή η χρέωση.
- 2. Παραπεμπτικό του θεράποντα γιατρού, αν έχεις κάνει φυσικοθεραπεία.** Αυτό πρέπει επιπλέον να αναγράφει το είδος της φυσικοθεραπείας και τον αριθμό των συνεδριών.
- 3. Αποδείξεις του διαγνωστικού κέντρου** όπου πραγματοποίησες τις εργαστηριακές ή απεικονιστικές εξετάσεις, **μαζί με το παραπεμπτικό του γιατρού** για τις εξετάσεις αυτές.
- 4. Αποδείξεις του φαρμακείου μαζί με τη συνταγή του γιατρού ή αντίγραφο εκτελεσμένης συνταγής του φορέα.** Αυτή πρέπει επιπλέον να αναγράφει τα κουπόνια του φαρμακείου. Αν πρόκειται για ομοιοπαθητικά φάρμακα, πρέπει επιπλέον να υπάρχει συνοδευτική ανάλυση του φαρμακείου.

Αν έχεις κάνει χρήση άλλου ασφαλιστικού φορέα (δημοσίου ή ιδιωτικού), προσκόμισε επιπλέον:

- 5. Φωτοτυπίες των πρωτότυπων αποδείξεων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.**
- 6. Την αντίστοιχη εκκαθάριση του άλλου φορέα.**
- 7. Πρωτότυπη απόφαση/βεβαίωση του άλλου ασφαλιστικού φορέα,** που θα επέχει θέση πιστοποιητικού για φορολογική χρήση.

Σε περίπτωση δαπάνης, εντός ή εκτός Νοσοκομείου, που πραγματοποιήθηκε εκτός Ελλάδος, οι πρωτότυπες 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 νόμιμα στην ελληνική γλώσσα. Εξαιρέση αποτελεί η περίπτωση κατά την οποία οι δαπάνες έχουν πραγματοποιηθεί σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στις Η.Π.Α. ή Καναδά και υπό την προϋπόθεση ότι οι πρωτότυπες αποδείξεις και τα δικαιολογητικά είναι γραμμένα στην αγγλική γλώσσα, διαφορετικά θα πρέπει να είναι μεταφρασμένα στην ελληνική γλώσσα.

Διαδικασία

Για να αποζημιωθείς για τις καλυπτόμενες δαπάνες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης:

1. Συγκέντρωσε όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την περίπτωση σου. Όλα τα δικαιολογητικά πρέπει να:
 - **Είναι τα πρωτότυπα.**
 - **Αναγράφουν το όνομα του ασθενή και τη φύση της πάθησης.**
2. Συμπλήρωσε και υπόγραψε το **Έντυπο Υποβολής Δικαιολογητικών**. Χρειάζεται να συμπληρώσεις ένα έντυπο για κάθε ασφαλισμένο μέλος.
3. Στείλε τον πλήρη φάκελό σου, δηλαδή όλα τα δικαιολογητικά μαζί με το Έντυπο Υποβολής Δικαιολογητικών. Η αποστολή πρέπει να γίνει:

Μέσα σε 60 ημέρες από την ημερομηνία που έγινε η δαπάνη.

Με συστημένη εσωτερική αλληλογραφία με την ένδειξη **«Αίτημα Αποζημίωσης Ιατρικής Επίσκεψης / Διαγνωστικών Εξετάσεων»** στην:

ERB Ασφαλιστικές Υπηρεσίες ΑΕΜΑ

Πανεπιστημίου 33-35 & Κοραή

10564 Αθήνα

Εφόσον ο φάκελός σου είναι πλήρης, θα αποζημιωθείς γρήγορα, χωρίς να χαθεί πολύτιμος χρόνος για να συμπληρωθεί ή να διορθωθεί.

Αποζημίωση Δαπανών Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης

Αν μέσα σε ένα ημερολογιακό έτος οι δαπάνες σου ξεπεράσουν το εκπιπτόμενο ποσό (100 ευρώ), για κάθε ποσό επιπλέον του εκπιπτόμενου αποζημιώνεσαι με τον τρόπο που προβλέπεται σε κάθε καλυπτόμενη δαπάνη. Η αποζημίωση που λαμβάνεις εξαρτάται από:

- **Το είδος της δαπάνης**
- **Αν κάνεις χρήση ή όχι και άλλου ασφαλιστικού φορέα**

Συγκεκριμένα:

1. Για ιατρικές επισκέψεις

Λαμβάνεις το 75% των δαπανών για ιατρικές επισκέψεις, χωρίς επιμέρους όριο.

Ωστόσο, αν κάνεις χρήση και άλλου ασφαλιστικού φορέα, δημόσιου (ΕΟΠΥΥ) ή ιδιωτικού (άλλη ασφαλιστική εταιρεία) έχεις τις παρακάτω δυνατότητες:

- **Αν ο φορέας αυτός καλύπτει τουλάχιστον το 25% των δαπανών σου για ιατρικές επισκέψεις, τότε από τη Eurolife λαμβάνεις το 90% του ποσού που δεν κάλυψε ο άλλος φορέας.**
- **Αν ο φορέας αυτός καλύπτει ποσό μικρότερο του 25% των δαπανών σου για ιατρικές επισκέψεις, τότε από τη Eurolife λαμβάνεις το 75% του ποσού που δεν κάλυψε ο άλλος φορέας.**

2. Για διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις

Η αποζημίωση που λαμβάνεις εξαρτάται από το πού έκανες τις εξετάσεις σου.

Σε συμβεβλημένο διαγνωστικό κέντρο: Λαμβάνεις το **75% των δαπανών** σου για διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις. Αυτή τη χρονική περίοδο το συμβεβλημένο με την Τράπεζα διαγνωστικό κέντρο είναι η **Βιοϊατρική**.

- Σε μη συμβεβλημένο διαγνωστικό κέντρο: Λαμβάνεις το **60% των δαπανών** σου για διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις.

Ωστόσο, αν κάνεις χρήση και άλλου ασφαλιστικού φορέα, δημόσιου (ΕΟΠΥΥ) ή ιδιωτικού (άλλη ασφαλιστική εταιρεία) έχεις τις παρακάτω δυνατότητες:

- **Αν ο φορέας αυτός καλύψει τουλάχιστον το 25% των δαπανών** σου για διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις με βάση το επίσημο τιμολόγιό του, τότε από τη Eurolife **λαμβάνεις το 90% του ποσού** που δεν κάλυψε ο άλλος φορέας.
- **Αν ο φορέας αυτός καλύψει ποσό μικρότερο του 25% των δαπανών** σου για διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις με βάση το επίσημο τιμολόγιό του, τότε από τη Eurolife **λαμβάνεις το 75% (σε συμβεβλημένο κέντρο) ή 60% (σε μη συμβεβλημένο κέντρο)** του ποσού που δεν κάλυψε ο άλλος φορέας, ανάλογα με το πού έκανες τις εξετάσεις σου.

1. Για φάρμακα και άλλες καλυπτόμενες δαπάνες

Λαμβάνεις το 75% των καλυπτόμενων δαπανών για φάρμακα και άλλες δαπάνες, χωρίς επιμέρους όριο.

Αν οι δαπάνες σου είναι σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου ή κλινικής, λαμβάνεις το 75% εφόσον περιλαμβάνουν και χρέωση ιατρικής αμοιβής.

Ωστόσο, αν κάνεις χρήση και άλλου ασφαλιστικού φορέα, δημόσιου (ΕΟΠΥΥ) ή ιδιωτικού (άλλη ασφαλιστική εταιρεία) έχεις τις παρακάτω δυνατότητες:

- **Αν ο φορέας αυτός καλύψει τουλάχιστον το 25% των δαπανών** σου, τότε από τη Eurolife **λαμβάνεις το 90%** του ποσού που δεν κάλυψε ο άλλος φορέας.
- **Αν ο φορέας αυτός καλύψει ποσό μικρότερο του 25% των δαπανών** σου, τότε από τη Eurolife **λαμβάνεις το 75%** του ποσού που δεν κάλυψε ο άλλος φορέας.

Άμεση ιατρική βοήθεια Interamerican

Η άμεση ιατρική βοήθεια Interamerican είναι στη διάθεσή σου 24 ώρες το 24ωρο. Τη δικαιούσαι χωρίς καμία επιβάρυνση εφόσον εργάζεσαι στην Τράπεζα με πλήρη απασχόληση.

Οι Παροχές της Άμεσης Ιατρικής Βοήθειας Interamerican

Η Άμεση Ιατρική Βοήθεια Interamerican σου προσφέρει:

- Υγειονομική μεταφορά σε περίπτωση ξαφνικής ασθένειας ή τραυματισμού σου από ατύχημα, ενώ βρίσκεσαι μακριά από τον τόπο μόνιμης διαμονής σου στην Ελλάδα.
- Χορήγηση εισιτηρίου μετάβασης και επιστροφής στενού συγγενούς σου, για να αναλάβει τη φροντίδα ανήλικων παιδιών σε περίπτωση ξαφνικής ασθένειας ή τραυματισμού σου, εφόσον οι συνοδοί σου είναι παιδιά μέχρι 15 ετών.
- Χορήγηση εισιτηρίου μετάβασης και επιστροφής στενού συγγενούς σου στον τόπο νοσηλείας σου, εφόσον δεν συνοδεύεσαι, καθώς και έξοδα ξενοδοχείου, με ανώτατο όριο 45 ευρώ / ημέρα στην Ελλάδα και για 5 ημέρες, και 103 ευρώ / ημέρα στο εξωτερικό και για 5 ημέρες.
- Μεταφορά σορού σε περίπτωση απώλειας ζωής και κάλυψη του κόστους μεταφοράς της, μέχρι 885 ευρώ εντός Ελλάδας και μέχρι 2.350 ευρώ από το εξωτερικό.
- Χορήγηση εισιτηρίου πρόωρης επιστροφής και επαναμετάβασης στον τόπο του ταξιδιού σου, εντός 8 ημερών, σε περίπτωση απώλειας ζωής συγγενούς σου α' βαθμού στην Ελλάδα.
- Έως 5.869,41 ευρώ ποσό παροχής εγγύησης για την άρση της προσωρινής κράτησής σου
- Παροχή ιατρικών συμβουλών σχετικά με κάθε απρόβλεπτο περιστατικό υγείας (ανεξαρτήτως του αν θα οδηγήσει σε υγειονομική μεταφορά), πληροφορίες υγειονομικής φύσεως (εμβολιασμοί, προληπτικά μέτρα), καθώς και πληροφορίες υγειονομικής εξυπηρέτησης (εφημερεύοντα νοσοκομεία, ιατροί κ.λπ.), σε 24ωρη βάση, μέσω του Συντονιστικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας της Interamerican Υγείας.

Είναι όμως χρήσιμο να γνωρίζεις ότι **δεν καλύπτονται** περιστατικά που οφείλονται σε **μέθη, χρήση ναρκωτικών, προϋπάρχουσες ασθένειες, λοιμώδεις νόσους, εγκυμοσύνη μεγαλύτερη των 5 μηνών, επαγγελματική συμμετοχή σε αγώνες ή άθλημα, απόπειρα αυτοκτονίας, νευρολογικές παθήσεις, πόλεμο, πολιτικές ταραχές, τρομοκρατικές ενέργειες.**

Η οδοντιατρική / ορθοδοντική κάλυψη στην Eurobank

Στο πλαίσιο της ασφάλισής σου στην Eurolife ERB, καλύπτει έως ένα συγκεκριμένο ανώτατο όριο δαπανών ανά οδοντιατρική και ορθοδοντική εργασία.

Κάλυψη και διαδικασία

Για τις καλύψεις, το όριό τους και τους περιορισμούς που ισχύουν ανά περίπτωση μπορείς να ενημερωθείς αναλυτικά στο σχετικό έγγραφο **Καλυπτόμενες Δαπάνες για Οδοντιατρικές / Ορθοδοντικές εργασίες**. Τα δικαιολογητικά που χρειάζεται να συγκεντρώσεις και η διαδικασία υποβολής τους περιγράφονται στο σχετικό έγγραφο **Απαραίτητα Δικαιολογητικά**.

Για να καλυφτεί η δαπάνη αποκατάστασης τραυμάτων των φυσικών δοντιών λόγω ατυχήματος, χρειάζεται επιπλέον να:

- Ενημερώσεις την Τράπεζα μέσα σε 5 ημέρες από το ατύχημα.
- Προχωρήσεις στην αποκατάσταση μέσα σε 6 μήνες από την ημέρα του ατυχήματος.

Αποζημίωση

Για οδοντιατρική εργασία

Λαμβάνεις το 100% της καλυπτόμενης δαπάνης, με ανώτατο όριο αποζημίωσης το ποσό που αντιστοιχεί στην οδοντιατρική εργασία που πραγματοποίησες.

Εάν κάνεις χρήση και άλλου ασφαλιστικού φορέα (δημόσιου ή ιδιωτικού), τότε από τη Eurolife ERB λαμβάνεις 100% του υπόλοιπου ποσού που δεν κάλυψε ο άλλος φορέας με ανώτατο καταβαλλόμενο ποσό, το ποσό που αναφέρεται στον **Πίνακα για εργασίες Οδοντιατρικής / Ορθοδοντικής**.

Σε κάθε περίπτωση, δεν υπάρχει εκπιπτόμενο ποσό.

Για ορθοδοντική εργασία

Λαμβάνεις το 60% της χαμηλότερης προσφοράς από τις 2 που είσαι υποχρεωμένος να υποβάλεις, με ανώτατο όριο αποζημίωσης το ποσό των 1.320 ευρώ.

Εάν κάνεις χρήση και άλλου ασφαλιστικού φορέα (δημόσιου ή ιδιωτικού), ο οποίος καλύπτει πάνω από 40% της προσφοράς, από τη Eurolife ERB λαμβάνεις το υπόλοιπο ποσοστό με ανώτατο όριο αποζημίωσης το ποσό των 1.320 ευρώ.

Τα Απαραίτητα Δικαιολογητικά και η Διαδικασία για την κάλυψη των δαπανών για Οδοντιατρικές/ Ορθοδοντικές εργασίες

Όλα τα δικαιολογητικά πρέπει να είναι τα πρωτότυπα. Χρειάζεται να προσκομίσεις:

- **Λεπτομερή γνωμάτευση** με ανάλυση της φύσης των οδοντιατρικών εργασιών
- **Απόδειξη παροχής υπηρεσιών** του οδοντιάτρου

Για να αποζημιωθείς για ορθοδοντική εργασία, πρέπει επιπλέον να προσκομίσεις:

- **Δύο προσφορές** για την εκπόνηση της ορθοδοντικής εργασίας

Αν έκανες χρήση και άλλου ασφαλιστικού φορέα (δημοσίου ή ιδιωτικού), που κάλυψε μέρος των δαπανών, προσκόμισε επιπλέον:

- **Πρωτότυπη απόφαση / βεβαίωση του άλλου ασφαλιστικού φορέα, που** θα επέχει θέση πιστοποιητικού για φορολογική χρήση

Διαδικασία

Για να αποζημιωθείς για τις καλυπτόμενες δαπάνες οδοντιατρικής και ορθοδοντικής:

1. Συγκέντρωσε όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την περίπτωσή σου. Όλα τα δικαιολογητικά πρέπει να είναι τα **πρωτότυπα**.
2. Συμπλήρωσε και υπόγραψε το **Έντυπο Υποβολής Δικαιολογητικών**.
3. Στείλε τον πλήρη φάκελό σου, δηλαδή όλα τα δικαιολογητικά μαζί με το Έντυπο Υποβολής Δικαιολογητικών. Η αποστολή πρέπει να γίνει:

Μέσα σε 60 ημέρες από την ημερομηνία που έγινε η δαπάνη.

Με συστημένη εσωτερική αλληλογραφία με την ένδειξη **«Αίτημα Αποζημίωσης Ιατρικής Επίσκεψης / Διαγνωστικών Εξετάσεων»** στην:

ERB Ασφαλιστικές Υπηρεσίες ΑΕΜΑ

Πανεπιστημίου 33-35 & Κοραή

10564 Αθήνα

Καλυπτόμενες Δαπάνες για Οδοντιατρικές/ Ορθοδοντικές εργασίες

Εδώ μπορείς να ενημερωθείς αναλυτικά για όλες τις δαπάνες που καλύπτονται από την Ασφάλισή σου στην Eurolife και αφορούν τις Οδοντιατρικές ή Ορθοδοντικές εργασίες, το ανώτατο όριο αποζημίωσης αλλά και τους τυχόν περιορισμούς ανά περίπτωση.

Καλυπτόμενες δαπάνες για εργασίες Οδοντιατρικής / Ορθοδοντικής	Ανώτατο όριο αποζημίωσης	Περιορισμοί
ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ		
Πιστοποιητικό μετά από εξέταση	11,50 ευρώ	
Ακτινογραφία ενδοστοματική	5,60 ευρώ	5 φορές τον χρόνο
Γναθογραφία πανοραμική	44,60 ευρώ	1 φορά τον χρόνο
Φθορίωση δοντιών με τοπική επάλειψη φθοριούχου διαλύματος μέχρι την ηλικία των 13 ετών	27,80 ευρώ	1 φορά τον χρόνο
ΟΔΟΝΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ		
Αφαίρεση επουλίδας	33,40 ευρώ	
Έμφραξη από αμάλαμα απλή	33,40 ευρώ	
Έμφραξη από αμάλαμα σύνθετη	33,40 ευρώ	
Έμφραξη από σύνθετη ρητίνη	33,40 ευρώ	
Έμφραξη από χυτό χρυσό	33,40 ευρώ	
Ανασύσταση δοντιών από αμάλαμα με καρφίδες	33,40 ευρώ	
Ανασύσταση δοντιών από σύνθετες ρητίνες και καρφίδες	33,40 ευρώ	
Εξέταση προς αντιμετώπιση έκτακτου περιστατικού (οδοντοφατνικό απόστημα, συρραφή τραύματος κτλ)	11,50 ευρώ	
Αφαίρεση καλύπτρας	33,40 ευρώ	
Χειρουργικές επεμβάσεις επί νόσου του περιοδοντίου ανά τεταρτημόριο	33,40 ευρώ	1 φορά τον χρόνο
Ακρωτηριασμός δοντιού, εκτομή ρίζας ή διχοτόμηση	33,40 ευρώ	1 φορά τον χρόνο
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ		
Αφαίρεση μικρών όγκων βλεννογόνου του στόματος	33,40 ευρώ	
Εξαγωγή δοντιού ή ρίζας	33,40 ευρώ	
Εξαγωγή έγκλειστου δοντιού	334,10 ευρώ	Μέχρι 1 από τις 2 εργασίες τον χρόνο (απαιτείται προσκόμιση ακτινογραφίας)
Ακροριζεκτομή		
Αφαίρεση κύστης	33,40 ευρώ	

Λήψη τεμαχίων & ραφή για βιοψία που αποδεικνύεται με έκθεση	33,40 ευρώ	
Εκτομή χαλινού	33,40 ευρώ	
ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΑ		
Πολφοτομή (απονεύρωση)	33,40 ευρώ	
Ενδοδοντική θεραπεία μονόριζου		
Ενδοδοντική θεραπεία πολύριζου		
Θεραπεία περιοδοντίτιδας με θυλάκους με ακτινογραφικά κριτήρια	33,40 ευρώ	1 φορά τον χρόνο
ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑ		
Αποτρίγωση δοντιών (καθαρισμός)	33,40 ευρώ	Μέχρι 1 εργασία τον χρόνο
Θεραπεία εντοπισμός ουλίτιδας		
Θεραπεία χρόνιας ουλίτιδας		
ΚΙΝΗΤΗ – ΑΚΙΝΗΤΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ		
Χυτά άγκιστρα	89,70 ευρώ	Μέχρι 10 συνολικά εργασίες τον χρόνο
Επιδιόρθωση οδοντοστοιχίας		
Αναπροσαρμογή βασικής πλάκας οδοντοστοιχίας (αναγόμευση ανά διετία)		
Προσθήκη για κάθε δόντι		
Μερική οδοντοστοιχία άνω ή κάτω γνάθου από ανοξείδωτα μέταλλα		
Μερική οδοντοστοιχία από ακρυλικό		
Ολική οδοντοστοιχία άνω ή κάτω γνάθου	89,70 ευρώ	Μέχρι 10 συνολικά εργασίες τον χρόνο
Ενδιάμεσο δόντι γεφυρών		
Δόντια με άξονα (Richmand ή Davis)		
Στεφάνες από ακρυλικό (εκτός γομφίων)		
Ενδιάμεσα γεφυρών από ακρυλικό (εκτός γομφίων)		
Στεφάνες εξ ολοκλήρου χυτές ή με όψη ακρυλική από χρυσό ή κράματα μετάλλων		
Στεφάνες από χρυσό δύο τεμαχίων ή άλλου τύπου	5,75 ευρώ	
Αφαίρεση στεφάνης	5,75 ευρώ	
Αφαίρεση γέφυρας κατά στήριγμα	33,40 ευρώ	
Αναφύτευση δοντιού και ακινητοποίηση με νάρθηκα	89,70 ευρώ	10 φορές τον χρόνο
Ανοξείδωτη στεφάνη (σε περίπτωση εκτεταμένης τερηδονικής προσβολής)		
ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ		
Ορθοδοντική εργασία	Το 60% της χαμηλότερης από τις προσκομισθείσες 2 προσφορές με ανώτατο όριο 1.320 ευρώ	Μόνο 1 εργασία συνολικά. Χρειάζεται να υποβάλεις 2 προσφορές για την ορθοδοντική εργασία.

Η οφθαλμιατρική κάλυψη στην Eurobank

Στο πλαίσιο της ασφάλισής σου, καλύπτει για την αγορά σκελετών, κρυστάλλων γυαλιών όρασης και φακών επαφής. Το κόστος επίσκεψης στον οφθαλμίατρο που θα συνταγογραφήσει σκελετό ή κρύσταλλα γυαλιών όρασης ή φακούς επαφής, καλύπτεται από την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.

Αποζημίωση

Κάθε 2 χρόνια και για κάθε διαθλαστική πάθηση, λαμβάνεις 172.50 ευρώ (συνολικά) για γυαλιά όρασης (σκελετό και κρύσταλλα) ή φακούς επαφής.

Εάν αλλάξουν οι βαθμοί σου πριν συμπληρωθεί η διετία, μπορείς να λάβεις επιδότηση έως 86.30 ευρώ (συνολικά) για κρύσταλλα γυαλιών όρασης ή για φακούς επαφής. Δικαιούσαι το ποσό αυτό για μία μόνο φορά ανά ημερολογιακό έτος.

Εάν κάνεις χρήση άλλου ασφαλιστικού φορέα (δημόσιου ή ιδιωτικού), τότε από τη Eurolife ERB λαμβάνεις το υπόλοιπο ποσό που δεν κάλυψε ο άλλος φορέας, με ανώτατο όριο τα 172.50 ευρώ.

Απαραίτητα δικαιολογητικά για την κάλυψη οφθαλμιατρικών δαπανών

Για να καλυφθεί η οφθαλμιατρική δαπάνη σου χρειάζεται να προσκομίσεις τα παρακάτω δικαιολογητικά:

1. **Συνταγή οφθαλμιάτρου.**
2. **Απόδειξη αγοράς** των γυαλιών, κρυστάλλων ή φακών επαφής.

Αν έχεις κάνει χρήση άλλου ασφαλιστικού φορέα (δημοσίου ή ιδιωτικού), προσκόμισε επιπλέον:

3. **Φωτοτυπίες των πρωτότυπων αποδείξεων** των οφθαλμιατρικών δαπανών.
4. **Την αντίστοιχη εκκαθάριση** του άλλου φορέα.
5. **Πρωτότυπη απόφαση/βεβαίωση του άλλου ασφαλιστικού φορέα** που θα επέχει θέση πιστοποιητικού για φορολογική χρήση

Διαδικασία

Για να αποζημιωθείς για τις καλυπόμενες δαπάνες οφθαλμιατρικής:

1. Συγκέντρωσε όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά. Όλα τα δικαιολογητικά πρέπει να είναι τα **πρωτότυπα**.
2. Συμπλήρωσε και υπόγραψε το **Έντυπο Υποβολής Δικαιολογητικών**.
3. Στείλε τον πλήρη φάκελό σου, δηλαδή όλα τα δικαιολογητικά μαζί με το Έντυπο Υποβολής Δικαιολογητικών. Η αποστολή πρέπει να γίνει:
 - **Μέσα σε 60 ημέρες** από την ημερομηνία που έγινε η δαπάνη.
 - Με συστημένη εσωτερική αλληλογραφία με την ένδειξη «**Αίτημα Αποζημίωσης Οφθαλμολογικών Καλύψεων**» στην

ERB Ασφαλιστικές Υπηρεσίες ΑΕΜΑ

Πανεπιστημίου 33-35 & Κοραή

10564 Αθήνα

Για να αποζημιωθείς για την ιατρική επίσκεψη στον οφθαλμίατρο, πρέπει να προσκομίσεις επιπλέον τη συνταγή του οφθαλμιάτρου και την απόδειξη αγοράς γυαλιών / φακών επαφής.

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις που το αίτημά σου για απόδοση δαπάνης απορριφθεί, είτε απαιτούνται πρόσθετα δικαιολογητικά, είτε τα δικαιολογητικά που υπέβαλες είναι ελλιπή, σε ενημερώνει με σχετική επιστολή το αρμόδιο στέλεχος της ERB Ασφαλιστικές Υπηρεσίες ΑΕΜΑ.

Τι προβλέπεται σε περίπτωση απώλειας ζωής

Η ιδιωτική ασφάλιση ζωής της Eurolife ERB παρέχει αποζημίωση στους δικαιούχους που έχει ορίσει ο εργαζόμενος σε περίπτωση απώλειας ζωής και απώλειας ζωής από ατύχημα.

Αποζημίωση

Απώλεια ζωής

- **42 μικτοί μηνιαίοι μισθοί (με κατώτατο όριο το ποσό των 40.000 ευρώ)**

Ανώτατο ποσό κάλυψης

- **400.000 ευρώ** χωρίς αποδεικτικά ασφαλισιμότητας.
- **750.000 ευρώ** με αποδεικτικά ασφαλισιμότητας.

Εάν το ποσό κάλυψης υπερβεί τα 400.000 ευρώ, είναι απαραίτητο να συμπληρωθεί και να προσκομιστεί στη Eurolife ERB ερωτηματολόγιο υγείας. Η Eurolife ERB θα το αξιολογήσει για να αποφανθεί εάν αποδέχεται την κάλυψη ή όχι για το ποσό αυτό, ενώ παράλληλα διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει περαιτέρω ιατρικές εξετάσεις.

Η κάλυψη της ασφάλισης ζωής παύει να ισχύει όταν καταβληθεί η αποζημίωση ή όταν η Eurolife ERB αναγνωρίσει την κάλυψη της μόνιμης ολικής ανικανότητας από ασθένεια.

Απώλεια ζωής από ατύχημα

Εάν μετά από ατύχημα και μέσα σε 180 ημέρες από την ημερομηνία που συνέβη επέλθει απώλεια ζωής ενός εργαζόμενου, οι δικαιούχοι που έχει ορίσει λαμβάνουν επιπλέον:

- **28 μηνιαίους μισθούς του.**

Πιο συγκεκριμένα, στο ποσό κάλυψης **προστίθεται και το ποσό των 42 μισθών της κάλυψης απώλειας ζωής από ασθένεια**. Επομένως, οι δικαιούχοι συνολικά θα λάβουν **70 μηνιαίους μισθούς** με κατώτατο όριο το ποσό των 80.000 ευρώ.

Τι ισχύει για τις παροχές μητρότητας της Eurolife ERB

Ανάμεσα στις κατηγορίες ιδιωτικής περίθαλψης της Eurolife ERB είναι και οι **παροχές μητρότητας**, οι οποίες καλύπτουν σε περίπτωση εγκυμοσύνης τις εργαζόμενες και τις συζύγους των εργαζομένων της Τράπεζας.

Αποζημίωση μητρότητας της Eurolife ERB

- **Για φυσιολογικό τοκετό:** 750 ευρώ εφάπαξ επίδομα.
- **Για καισαρική τομή ή εξωμήτρια κύηση:** 750 ευρώ εφάπαξ επίδομα συν το ποσό που αντιστοιχεί στην κάλυψη των δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης, με ανώτατο όριο τα 2.000 ευρώ. Για να ενημερωθείς αναλυτικά σχετικά με τις δαπάνες αυτές, χρειάζεται να επισκεφτείς την ενότητα **Υγεία & Ασφάλιση > Ιδιωτική περίθαλψη Eurolife > Νοσοκομειακή περίθαλψη**.
- **Για εγκυμοσύνη που καταλήγει σε αποβολή:** 264 ευρώ εφάπαξ επίδομα.

Εάν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρουσιάζονται συνεχείς εμετοί ή τοξιναιμία με σπασμούς, τότε παρέχεται επιπλέον κάλυψη δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης.

Σε περίπτωση διακοπής της σύμβασης εργασίας με την Τράπεζα, οι παροχές μητρότητας συνεχίζουν να ισχύουν, εφόσον η εγκυμοσύνη έχει ξεκινήσει πριν τη διακοπή της σύμβασης.

Δεν καλύπτονται άλλες δαπάνες που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όπως εργαστηριακές εξετάσεις, υπερηχογραφήματα, φάρμακα, επισκέψεις γιατρού πριν και μετά τον τοκετό κ.λπ.

Διαδικασία

Για να λάβεις τις παροχές μητρότητας:

1. Συγκέντρωσε όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά όπως αυτά αναφέρονται ανά περίπτωση στο σχετικό έγγραφο **Απαραίτητα Δικαιολογητικά Παροχών Μητρότητας**.
2. Συμπλήρωσε και υπόγραψε το **Έντυπο Υποβολής Δικαιολογητικών**.
3. Στείλε μας τον πλήρη φάκελό σου, δηλαδή όλα τα δικαιολογητικά μαζί με το Έντυπο Υποβολής Δικαιολογητικών. Η αποστολή πρέπει να γίνει με συστημένη εσωτερική αλληλογραφία με την ένδειξη **Αίτημα Αποζημίωσης Νοσηλείας** προς:

ERB Ασφαλιστικές Υπηρεσίες ΑΕΜΑ

Πανεπιστημίου 33-35 & Κοραή

10564 Αθήνα

Εφόσον ο φάκελός σου είναι πλήρης, θα αποζημιωθείς γρήγορα, χωρίς να χαθεί πολύτιμος χρόνος για να συμπληρωθεί ή να διορθωθεί κάτι.

Απαραίτητα δικαιολογητικά για τις Παροχές Μητρότητας

1. Για φυσιολογικό τοκετό

- Επικυρωμένο αντίγραφο της Ληξιαρχικής Πράξης Γέννησης του παιδιού.
- Επικυρωμένο αντίγραφο εξιτηρίου ή βεβαίωση από το νοσοκομείο όπου να αναγράφεται το όνομα της δικαιούχου και το είδος του τοκετού.

2. Για καισαρική τομή

- Επικυρωμένο αντίγραφο της Ληξιαρχικής Πράξης Γέννησης του παιδιού.
- Επικυρωμένο αντίγραφο εξιτηρίου ή βεβαίωση από το νοσοκομείο όπου να αναγράφεται το όνομα της δικαιούχου και το είδος του τοκετού.
- Πρωτότυπη απόδειξη παροχής υπηρεσιών μαζί με την ανάλυση των εξόδων νοσηλείας και την αντίστοιχη εξοφλητική απόδειξη.
- Αποδείξεις χειρουργών, βοηθών χειρουργών ή αναισθησιολόγων (αν οι αμοιβές τους δεν περιλαμβάνονται στο τιμολόγιο του νοσοκομείου).

Αν έχεις κάνει χρήση άλλου ασφαλιστικού φορέα (δημοσίου ή ιδιωτικού), ο οποίος έχει αποζημιώσει απευθείας το νοσοκομείο και δεν αναγράφεται στο τιμολόγιο, προσκόμισε επιπλέον:

- Βεβαίωση συμμετοχής του άλλου ασφαλιστικού φορέα από το Λογιστήριο του νοσοκομείου.

Αν ο άλλος ασφαλιστικός φορέας έχει αποζημιώσει εσένα, τότε επιπλέον των δικαιολογητικών 1-4, προσκόμισε:

- Την αντίστοιχη εκκαθάριση του άλλου φορέα.
- Πρωτότυπη απόφαση/βεβαίωση του άλλου ασφαλιστικού φορέα που επέχει θέση πιστοποιητικού για φορολογική χρήση.
- Αντίγραφα των δικαιολογητικών που έχεις καταθέσει στον άλλο ασφαλιστικό φορέα.

3. Για εξωμήτρια κύηση ή εγκυμοσύνη που καταλήγει σε αποβολή

- Πρωτότυπο εξιτήριο από το νοσοκομείο που να αναγράφεται το όνομα και το είδος νοσηλείας της δικαιούχου
- Αντίγραφο της ιστολογικής εξέτασης.



Ασφαλιστική

A FAIRFAX Company

Eurolife ERB A.E.A.Z.

Πανεπιστημίου 33-35 & Κοραή, 10564 Αθήνα
Τηλ.: 210 9303 800, Fax: 210 9303 980
ΑΦΜ: 094240124, Αρ. Γ.Ε.ΜΗ.: 121651960000
Λέοντος Σοφού 18, 546 25 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310 592880, Fax: 2310 592879



www.eurolife.gr

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Νο ΟΜΑΔΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ :

ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ :

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ :

ΟΝΟΜΑ :

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ :

ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ :/...../.....

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ :

Δ/ΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ :

ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ :,

ΑΡΙΘ. ΜΗΤΡΩΟΥ :

ΦΥΛΟ : ΑΡΡΕΝ ΘΗΛΥ

Α.Φ.Μ. :

Δ.Ο.Υ. :

ΗΜΕΡ. ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ :/...../.....

Τ.Κ. : ΠΟΛΗ :

Τ.Κ. : ΠΟΛΗ :

E-MAIL : @.....

ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ

(*) ΕΠΩΝΥΜΟ	(*) ΟΝΟΜΑ	(*) ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	(*) ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	(*) ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

(*) ΕΠΩΝΥΜΟ	(*) ΟΝΟΜΑ	(*) ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	(*) ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	(*) ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....

Με την παρούσα, αιτούμαι υπό την ιδιότητά μου ως εργαζομένου της εταιρείας με την επωνυμία, η οποία εδρεύει στην..... οδός..... αρ. (εφεξής η «Εταιρεία») τη συμμετοχή μου στο υπ' αριθμ..... ομαδικό ασφαλιστήριο της Ασφαλιστικής, που έχει συνάψει η Εταιρεία με την Ασφαλιστική και δηλώνω ότι:

(α) Έχω ενημερωθεί από την Εταιρεία για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων στην οποία θα προβεί η Ασφαλιστική ή/και ο Όμιλος Eurolife για τους σκοπούς εκτέλεσης της σύμβασης ασφάλισης. (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι)

(β) Παρέχω στην Εταιρεία τα κάτωθι προσωπικά μου δεδομένα:

- Δεδομένα ταυτοποίησης μου: ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, ΑΔΤ, ΑΦΜ, ημερομηνία και τόπος γέννησης κ.λπ.
- Δεδομένα επικοινωνίας μου: ταχυδρομική και ηλεκτρονική διεύθυνση, αριθμός σταθερού και κινητού τηλεφώνου κ.λπ.
- Δεδομένα υγείας ή δεδομένα περίθαλψης ή φαρμακευτικής αγωγής μου.
- Δεδομένα σχετικά με την τυχόν καταβολή ασφαλίματος

**Eurolife ERB A.E.A.Z.**

Πανεπιστημίου 33-35 & Κοραή, 10564 Αθήνα
Τηλ.: 210 9303 800, Fax: 210 9303 980
ΑΦΜ: 094240124, Αρ. Γ.Ε.ΜΗ.: 121651960000
Λέοντος Σοφού 18, 546 25 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310 592880, Fax: 2310 592879

ΚΕΝΤΡΟ ΕΥΦΗΡΕΤΗΣ ΠΕΛΑΤΩΝ
210 9303800 | www.eurolife.gr

(γ) Παρέχω τη συγκατάθεσή μου στην Εταιρεία να διαβιβάζει τα ανωτέρω δεδομένα μου στην Ασφαλιστική και στον Όμιλο Eurolife συναινών στην επεξεργασία τους από αυτόν για τους σκοπούς εκτέλεσης της ασφαλιστικής σύμβασης.

ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ	: ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>	ΔΕ ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΜΕΛΟΣ / ΣΥΖΥΓΟΣ	: ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>	ΔΕ ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΜΕΛΟΣ / ΕΝΗΛΙΚΟ ΤΕΚΝΟ	: ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>	ΔΕ ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΜΕΛΟΣ / ΕΝΗΛΙΚΟ ΤΕΚΝΟ	: ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>	ΔΕ ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΜΕΛΟΣ / ΕΝΗΛΙΚΟ ΤΕΚΝΟ	: ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>	ΔΕ ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>

(δ) Παρέχω τη συγκατάθεσή μου στην Εταιρεία να διαβιβάζει τα δεδομένα υγείας και περίθαλψης στην Ασφαλιστική και στον Όμιλο Eurolife και συναινών στην επεξεργασία τους από αυτόν για τους σκοπούς εκτέλεσης της ασφαλιστικής σύμβασης

ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ	: ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>	ΔΕ ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΜΕΛΟΣ / ΣΥΖΥΓΟΣ	: ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>	ΔΕ ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΜΕΛΟΣ / ΕΝΗΛΙΚΟ ΤΕΚΝΟ	: ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>	ΔΕ ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΜΕΛΟΣ / ΕΝΗΛΙΚΟ ΤΕΚΝΟ	: ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>	ΔΕ ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΜΕΛΟΣ / ΕΝΗΛΙΚΟ ΤΕΚΝΟ	: ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>	ΔΕ ΣΥΝΑΙΝΩ	<input type="checkbox"/>

.....,/...../20.....

ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ

ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ

ΕΞΑΡΤ. ΜΕΛΟΣ /
ΣΥΖΥΓΟΣΕΞΑΡΤ. ΜΕΛΗ /
ΕΝΗΛΙΚΑ ΤΕΚΝΑΣΦΡΑΓΙΔΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ &
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ

**Eurolife ERB A.E.A.Z.**

Πανεπιστημίου 33-35 & Κοραή, 10564 Αθήνα
Τηλ.: 210 9303 800, Fax: 210 9303 980
ΑΦΜ: 094240124, Αρ. Γ.Ε.ΜΗ.: 121651960000
Λέοντος Σοφού 18, 546 25 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310 592880, Fax: 2310 592879

ΚΕΝΤΡΟ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΠΛΑΤΩΝ
210 9303800 | www.eurolife.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**Ενημέρωση Υποκειμένων Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα
για την επεξεργασία των δεδομένων τους,****με βάση τον Κανονισμό ΕΕ 2016/679 και τη συναφή ελληνική νομοθεσία.****1. Τι δεδομένα συλλέγουμε;**

Η ασφαλιστική εταιρεία (εφεξής «**Εταιρεία**»), τα πλήρη στοιχεία της οποίας αναγράφονται στην αρχή της παρούσας αίτησης ασφάλισης (εφεξής «**Αίτηση**»), ενημερώνει, σύμφωνα με τις διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, εσάς, δηλαδή τα φυσικά πρόσωπα που υπογράφουν την Αίτηση, ότι συλλέγει και επεξεργάζεται προσωπικά τους δεδομένα, δηλαδή:

- Δεδομένα ταυτοποίησης: ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, ΑΔΤ, ΑΦΜ, ημερομηνία και τόπο γέννησης κ.λπ.
- Δεδομένα επικοινωνίας: ταχυδρομική και ηλεκτρονική διεύθυνση, αριθμό σταθερού και κινητού τηλεφώνου κ.λπ.
- Δεδομένα πληρωμής: αριθμούς τραπεζικών λογαριασμών, χρεωστικών/ πιστωτικών και λοιπών τραπεζικών καρτών κ.λπ., είτε για τη μέσω αυτών εξόφληση των ασφαλιστρών ή άλλων οικονομικών υποχρεώσεων προς την Εταιρεία, είτε για την πίστωση σε αυτούς οφειλόμενων ασφαλιστικών αποζημιώσεων ή άλλων αποδοτέων σε εσάς ψών.
- Δεδομένα απαραίτητα για την ενδεχόμενη σύναψη και εκτέλεση της σύμβασης, ανάλογα με το αντικείμενο αυτής και τους καλυπτόμενους κινδύνους. Σε αυτό το πλαίσιο, μπορεί να τίθενται υπό επεξεργασία δεδομένα περιουσιακής κατάστασης ή περιουσιακών στοιχείων ή επενδυτικών ή αποταμιευτικών στόχων ή ειδικών δεδομένων, όπως δεδομένα υγείας ή δεδομένα περιθάλψης ή φαρμακευτικής αγωγής.
- Δεδομένα που είναι απαραίτητα για τον προσδιορισμό της κατά περίπτωση ασφαλιστικής αποζημίωσης ή/και του διακανονισμού των ασφαλιστικών αποζημιώσεων ή/και της εξαγοράς ασφαλιστικών δικαιωμάτων.

2. Από πού συλλέγονται τα δεδομένα;

Τα προσωπικά δεδομένα, περιλαμβανομένων των τυχόν ειδικών δεδομένων που συλλέγονται για την αξιολόγηση της Αίτησης, όπως και κατά τη λειτουργία της σύμβασης, εφόσον συναφθεί, προσκομίζονται:

- είτε από τον Αιτούντα-Υποκείμενο των Δεδομένων, απευθείας ή μέσω ασφαλιστικού διαμεσολαβητή,
- ή από τον αντισυμβαλλόμενο ή τον ασφαλισμένο, σε περίπτωση ασφαλίσεως υπέρ τρίτου,
- είτε αποστέλλονται στην Εταιρεία από συνεργαζόμενους παρόχους υπηρεσιών, όπως π.χ. νοσοκομείο ή ιατρικό διαγνωστικό κέντρο όπου το Υποκείμενο των Δεδομένων υπεβλήθη σε εξετάσεις ή νοσηλεύθηκε, κατόπιν εξουσιοδότησης αυτού για τη σχετική διαβίβαση, ή από την εταιρεία στην οποία εργάζεται το Υποκείμενο των Δεδομένων, εφόσον πρόκειται για ομαδικά ασφαλιστήρια, ή από την επιχείρηση στην οποία το Υποκείμενο απευθύνθηκε για την αποκατάσταση της επελευθερωμένης υλικής ζημιάς κ.ο.κ., κατά περίπτωση.

3. Γιατί τα συλλέγουμε και πώς τα επεξεργαζόμαστε;

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που συλλέγει η Εταιρεία με την Αίτηση, καθώς και αυτά που θα συλλεγούν κατά τη λειτουργία της σύμβασης (ή συμβάσεων) που θα καταρτιστεί (-ούν), θα αποτελέσουν αντικείμενο επεξεργασίας από την ίδια ή/και από τρίτους που εκτελούν την επεξεργασία κατ' εντολή και για λογαριασμό της, για τους κάτωθι σκοπούς:

- Την εξέταση της Αίτησης, την ταυτοποίησή σας, την ένταξή σας σε μία ομοιογενή κατηγορία κινδύνων, την εκτίμηση του κινδύνου που η Εταιρεία καλείται να αναλάβει ή έχει αναλάβει, τη λήψη απόφασης για σύναψη σύμβασης ασφάλισης και τον υπολογισμό του ασφαλιστρου σας. Στο πλαίσιο της εκτίμησης κινδύνου, ενδέχεται να γίνει χρήση αυτοματοποιημένων μέσων ή και μεθόδων για τη λήψη απόφασης στο στάδιο της ανάληψης του κινδύνου.
- Την εκπλήρωση των υποχρεώσεων της Εταιρείας, που απορρέουν από τη σύμβαση ασφάλισης που θα συναφθεί μαζί σας, την ομαλή λειτουργία αυτής και την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Τη συμμόρφωση της Εταιρείας σε υποχρεώσεις που επιβάλλονται από το εκάστοτε ισχύον νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο και την πρόληψη και καταπολέμηση του αδικήματος της απάτης κατά της Εταιρείας και των συνδεδεμένων με αυτήν εταιρειών παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών. Για την πρόληψη της απάτης, ενδέχεται να γίνει χρήση αυτοματοποιημένων μέσων ή και μεθόδων επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων.
- Την ενημέρωσή σας για άλλα προϊόντα και υπηρεσίες της Εταιρείας ή των συνδεδεμένων με αυτήν εταιρειών ή τρίτων και την προώθησή τους, εφόσον δώσετε τη συγκατάθεσή σας.
- Την αποστολή σε εσάς ερωτηματολογίων ικανοποίησης και αξιολόγησης προϊόντων και υπηρεσιών της Εταιρείας.
- Την παροχή υψηλού επιπέδου εξειδικευμένης εξυπηρέτησης, εξασφαλίζοντας την αμεσότητα και την ποιότητα στη διαχείριση των αιτημάτων σας.
- Τη μη προσωποποιημένη επεξεργασία των δεδομένων σας για στατιστικούς σκοπούς.

4. Για πόσο χρόνο διατηρούμε τα δεδομένα σας;

Σε περίπτωση σύναψης ασφαλιστικής σύμβασης, η Εταιρεία θα επεξεργάζεται τα προσωπικά δεδομένα για χρονικό διάστημα μέχρι είκοσι (20) έτη από τη λήξη της ασφαλιστικής σύμβασης, με οποιονδήποτε τρόπο (γενική παραγραφή). Σε περίπτωση μη σύναψης ασφαλιστικής σύμβασης, τα προσωπικά δεδομένα θα τηρούνται για πέντε (5) έτη από την απόρριψη της σχετικής αίτησης ασφάλισης. Εφόσον ο νόμος ή κανονιστικές πράξεις υποχρεώνουν την Εταιρεία σε τήρηση των προσωπικών δεδομένων για διάστημα μεγαλύτερο των προαναφερομένων, τα χρονικά διαστήματα διατήρησης θα παρατείνονται ανάλογα. Τέλος, εάν μέχρι τη λήξη του χρόνου αυτού βρίσκονται σε εξέλιξη δικαστικές ενέργειες με εταιρεία του ομίλου εταιρειών της Eurolife ERB Insurance Group Α. Ε. Συμμετοχών που σας αφορούν άμεσα ή έμμεσα, ο κατά τα ανωτέρω χρόνος τήρησης των δεδομένων που τηρούνται από αυτήν, παρατείνεται μέχρι την έκδοση αμετάκλητης δικαστικής απόφασης.

Τα έγγραφα τα οποία φέρουν υπογραφή (-ές) των Υποκειμένων, στα οποία έχουν καταχωρηθεί προσωπικά δεδομένα μπορεί, μετά την πάροδο πενταετίας, να τηρούνται σε ηλεκτρονική ψηφιακή μορφή.

Μετά την πάροδο των ανωτέρω διαστημάτων, τα προσωπικά σας δεδομένα θα καταστρέφονται.

5. Ποιοι είναι οι αποδέκτες των προσωπικών σας δεδομένων;

- Η διοίκηση και οι απασχολούμενοι στην Εταιρεία, οι οποίοι είναι αρμόδιοι για τη διαχείριση και λειτουργία της/των σύμβασης (-ων) ασφάλισης.
- Τα αρχεία πελατών των εταιρειών «Eurolife ERB Ανώνυμος Εταιρεία Ασφαλίσεων Ζωής» και «Eurolife ERB Ανώνυμος Εταιρεία Γενικών Ασφαλίσεων», διασυνδέονται, με βάση την υπ' αριθμόν 81/2017 απόφαση της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, που αφορούν μόνο στα προσωπικά δεδομένα ταυτοπροσωπίας και επικοινωνίας του Υποκειμένου των Δεδομένων (ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, όνομα μητρός, φύλο, ΑΔΤ ή διαβατηρίου, διεύθυνση κατοικίας, στοιχεία επικοινωνίας και ΑΦΜ) και το αρχείο που δημιουργείται, τηρείται στη μητρική εταιρεία των προαναφερθέντων με την επωνυμία «EUROLIFE ERB Insurance Group A.E. Συμμετοχών». Στο αρχείο αυτό, πρόσβαση έχουν οι αρμόδιες υπηρεσίες των ανωτέρω δύο (θυγατρικών) εταιρειών για λόγους αξιολόγησης και διαχείρισης των κινδύνων σε επίπεδο ομίλου, όπως και για την ενιαία εξυπηρέτηση των πελατών τους και την ενημέρωσή τους για νέα προϊόντα και υπηρεσίες.
- Συνεργαζόμενοι με την Εταιρεία εμπειρογνώμονες, πραγματογνώμονες, ερευνητές, εταιρείες οδικής βοήθειας, συνεργαζόμενες εταιρείες επισκευής ζημιών, νοσηλευτικά και διαγνωστικά κέντρα, εταιρείες παροχής ταχυδρομικών υπηρεσιών (courier), σύμβουλοι κάθε φύσης (νομικοί, οικονομικοί κ.λπ.), φυσικά ή νομικά πρόσωπα, όπως και πάροχοι υπηρεσιών ανάπτυξης και συντήρησης εφαρμογών πληροφορικής, υπό τον όρο, σε κάθε περίπτωση, της τήρησης του απορρήτου.
- Άλλες ασφαλιστικές ή/και ανασφαλιστικές εταιρείες, εφόσον υπάρχει σχετικό έννομο συμφέρον.
- Η Υπηρεσία Στατιστικής των Ασφαλιστικών Εταιρειών (αρχείο Υ.Σ.Α.Ε.) της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος.
- Σε ειδικές περιπτώσεις, είτε προάσπισης των δικαιωμάτων της Εταιρείας, είτε όταν προβλέπεται από διατάξεις νόμου ή αποφάσεις, δικαστικών αρχών, της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα ή άλλων Ανεξάρτητων Αρχών, τα δεδομένα σας μπορεί να μεταβιβαστούν σε εταιρείες ενημέρωσης οφειλετών του Ν. 3758/2009, όπως εκάστοτε ισχύει, δικηγόρους, δικαστικούς επιμελητές, δικαστικές και εισαγγελικές αρχές, δημόσιες υπηρεσίες, φορείς του Δημοσίου, όπως και σε λειτουργούς αυτών, καθώς και τυχόν λοιπούς τρίτους. Οποιαδήποτε, κατά τα ανωτέρω, πρόσβαση στα δεδομένα γίνεται στο μέτρο του εκάστοτε αναγκαίου για την επίτευξη του επιδιωκόμενου σκοπού.
- Στην περίπτωση ζημιάς αυτοκινήτου, ενδέχεται να γίνει διαβίβαση προσωπικών δεδομένων, στα πλαίσια του φιλικού δικαονομίου.

6. Πώς προστατεύουμε τα δεδομένα σας;

Η Εταιρεία εφαρμόζει Σύστημα Διαχείρισης Ασφάλειας Πληροφοριών, ούτως ώστε να παρέχει την κατάλληλη προστασία των δεδομένων σας. Συμπληρωματικά με αυτό, χρησιμοποιούνται τελευταίας τεχνολογίας μέτρα προστασίας, καθώς επίσης και κατάλληλα οργανωτικά μέτρα.

7. Ποια είναι τα δικαιώματά σας και πώς μπορείτε να τα ασκήσετε;

- Έχετε δικαίωμα να γνωρίζετε ποια δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, που σας αφορούν, τηρούμε και επεξεργαζόμαστε, όπως και την προέλευσή τους.
- Έχετε δικαίωμα να ζητήσετε τη διόρθωση ή/και συμπλήρωση αυτών, ώστε να είναι πλήρη και ακριβή, προσκομίζοντας κάθε απαραίτητο έγγραφο από το οποίο προκύπτει η ανάγκη συμπλήρωσης ή διόρθωσης.
- Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε τον περιορισμό της επεξεργασίας των δεδομένων σας ή και να αρνηθείτε οποιαδήποτε περαιτέρω επεξεργασία αυτών, η ικανοποίηση όμως τέτοιων αιτημάτων, εφόσον αφορούν σε δεδομένα που είναι απαραίτητα για την κατάρτιση ή τη λειτουργία ασφαλιστικής σύμβασης, ανεξάρτητα αν χορηγήθηκαν από εσάς ή οποιονδήποτε τρίτο, συνεπάγεται την αυτοδίκαιη εκ μέρους σας καταγγελία της αντίστοιχης σύμβασης ή συμβάσεων, σύμφωνα με τους σχετικούς όρους.
- Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε τη διαγραφή δεδομένων που σας αφορούν, εφόσον είτε έχει παρέλθει ο κατά τα ανωτέρω χρόνος τήρησής τους, είτε πρόκειται για δεδομένα που δεν αφορούν στην κατάρτιση και λειτουργία ασφαλιστικής σύμβασης, ούτε στην απόδειξη ή θεμελίωση ή τεκμηρίωση δικαιωμάτων ή υποχρεώσεων που άμεσα ή έμμεσα πηγάζουν από αυτήν.
- Παράλληλα με αυτά, έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε να μεταφέρετε τα δεδομένα που μας έχετε παράσχει, σε άλλη εταιρεία.
- Επίσης έχετε το δικαίωμα να κάνετε καταγγελία στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (www.dpa.gr), εφόσον θεωρείτε ότι προσβάλλεστε εσείς και τα δικαιώματά σας με οποιονδήποτε τρόπο.

Η επικοινωνία για την άσκηση των ως άνω δικαιωμάτων σας μπορεί να γίνει στο Κέντρο Εξυπηρέτησης Πελατών στο 210 9303800 ή με αποστολή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στη διεύθυνση: dpo@eurolife.gr.

Η Εταιρεία θα λαμβάνει κάθε δυνατό μέτρο για να ικανοποιηθούν τα αιτήματά σας και θα σας απαντήσει εντός τριάντα (30) ημερών και, μόνο εάν αυτό δεν καταστεί δυνατό, η Εταιρεία θα σας ενημερώσει για την αναγκαία παράταση της ως άνω προθεσμίας, που όμως δεν θα υπερβεί τις εξήντα (60) επιπλέον ημέρες. Η άσκηση των δικαιωμάτων είναι δωρεάν και ενδέχεται να υπάρχει χρέωση αποκλειστικά και μόνο σε περιπτώσεις αποδεδειγμένης κατάχρησης του δικαιώματος, που συνεπάγεται κόστος από την πλευρά της Εταιρείας.

8. Πού μπορείτε να απευθυνθείτε για οποιοδήποτε θέμα αφορά στην επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων;

Για οποιοδήποτε θέμα αφορά στην επεξεργασία των δεδομένων σας, μπορείτε να απευθύνεστε στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της Εταιρείας, στην παρακάτω διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου: dpo@eurolife.gr.

**Eurolife ERB A.E.A.Z.**

Πανεπιστημίου 33-35 & Κοραή, 10564 Αθήνα
Τηλ.: 210 9303 800, Fax: 210 9303 980
ΑΦΜ: 094240124, Αρ. Γ.Ε.ΜΗ.: 121651960000
Λέοντος Σοφού 18, 546 25 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310 592880, Fax: 2310 592879



ΚΕΝΤΡΟ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΠΕΛΑΤΩΝ
210 9303800

www.eurolife.gr

9. Ειδικές Περιπτώσεις Επεξεργασίας:

Επεξεργασία σε περίπτωση σύναψης ασφαλιστικής σύμβασης υπέρ τρίτου: ο υπογράφων τη σχετική Αίτηση και την παρούσα, δηλώνει ότι έχει λάβει τη συγκατάθεση του τρίτου για την επεξεργασία των δεδομένων του ή ότι είναι ο έχων τη γονική μέριμνα σε περίπτωση παροχής δεδομένων ανήλικου.

Επεξεργασία σε περίπτωση ομαδικών ασφαλιστηρίων: ο αντισυμβαλλόμενος έχει υποχρέωση να ενημερώσει τους ασφαλισμένους για το περιεχόμενο της παρούσας, καθώς και να λάβει τη συγκατάθεσή τους για την επεξεργασία των προσωπικών τους δεδομένων, σύμφωνα με την παρούσα, τόσο πριν τη σύναψη της σχετικής σύμβασης, όσο και κατά τη διάρκεια λειτουργίας της.

10. Διαβίβαση στοιχείων σε τρίτη χώρα:

Η Εταιρεία, στο πλαίσιο της συμμόρφωσής της με τους κανόνες της αυτόματης ανταλλαγής πληροφοριών στον φορολογικό τομέα, όπως αυτοί απορρέουν από διεθνείς υποχρεώσεις της χώρας κυρωθείσες με ελληνικό νόμο, ενδέχεται να προβεί σε διαβίβαση προσωπικών σας δεδομένων σε αρμόδιες εθνικές αρχές, προκειμένου να προωθηθούν στις αντίστοιχες αρχές τρίτων χωρών.

Η Εταιρεία δύναται να διαβιβάσει δεδομένα εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης μόνο με την προϋπόθεση ύπαρξης κατάλληλων εγγυήσεων είτε λόγω απόφασης επάρκειας από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή είτε λόγω υπογραφής Τυποποιημένων Συμβατικών Ρητών.



Προς την ERB ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ Α.Ε.Μ.Α*

**ΠΑΡΟΧΕΣ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΗΣ
ΤΡΑΠΕΖΑΣ EUROBANK ERGASIAS A.E.**

Έντυπο υποβολής δικαιολογητικών

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ
2. ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ
3. ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ <i>(Συμπληρώνεται υποχρεωτικά - Σε αντίθετη περίπτωση τα δικαιολογητικά θα επιστρέφονται)</i>
4. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ
5. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΗ
6. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ Ημέρα Μήνας Έτος
7. ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΥΠΑΛΛΗΛΟ
8. ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΠΑΘΗΣΗΣ
9. Συμπληρώνεται μόνο στις περιπτώσεις δαπανών νοσηλείας: 1. Έχετε Ασφαλιστήριο με Νοσοκομειακό Πρόγραμμα στην EFG Eurolife και θέλετε να κάνετε χρήση; ΝΑΙ: ΟΧΙ: 2. Θέλετε Βεβαίωση προκειμένου να την υποβάλλετε σε άλλη ασφαλιστική Εταιρία ή Ταμείο κύριας ασφάλισης για τις δαπάνες που ενδεχομένως δεν θα καλυφθείτε; ΝΑΙ: ΟΧΙ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥ

*Για λογαριασμό της Τράπεζας EUROBANK ERGASIAS A.E.
στο πλαίσιο της διαχείρισης των παροχών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης
του προσωπικού της.



Ετος ίδρύσεως 1980

**ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ**
Σύλλογος Πληροφορικής
Eurobank Ergasias AE

**Πειραιως 9-11, 2ος όροφος
Τ.Κ.: 101 75 Αθήνα
Πληροφορίες :
Τηλ. : 6942461336
Τηλ. : 6975878770
Τηλ. : 6975878710
e-mail : info@ituniontt.gr**



Eurobank