

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΛΗΨΗΣ ΖΩΗΣ & ΥΓΕΙΑΣ

XXXXXXXXXXXX XXXXXXXX
XXXXXXXXXXXX XX
15351 ΑΘΗΝΑ

Αθήνα, Ημερομηνία XX/XX/XXXX

Ενημέρωση για το Ετησίως Ανανεούμενο Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο Full Health Νοσοκομειακή Περίθαλψη

No: XXXXXXXX

Αγαπητέ/ή Ασφαλισμένε/η,

Με την παρούσα επιστολή θα θέλαμε να σας ευχαριστήσουμε για άλλη μια φορά για την επιλογή σας να εμπιστευτείτε την Εθνική Ασφαλιστική για την κάλυψη των ασφαλιστικών σας αναγκών. Δέσμευσή μας είναι να συνεχίσουμε να είμαστε δίπλα σας, με αξιοπιστία και σεβασμό, καταβάλλοντας κάθε δυνατή προσπάθεια προκειμένου να εξακολουθείτε να απολαμβάνετε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες.

Πριν την ανανέωση της ασφαλιστικής σας κάλυψης για το επόμενο ασφαλιστικό έτος, σταθερά προσανατολισμένοι στις ανάγκες των πελατών μας, την καλύτερη εμπειρία τους και την καλύτερη δυνατή κατανόηση των προϋποθέσεων ασφάλισης, θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι η Εταιρία μας προχωρά στην τροποποίηση των ακόλουθων άρθρων στους Όρους Ασφάλισης του ασφαλιστικού προγράμματος Full Health Νοσοκομειακή Περίθαλψη που διαθέτετε και θα ισχύουν για όλους τους ασφαλισμένους με το εν λόγω πρόγραμμα.

Οι τροποποιήσεις αυτές παρέχουν κατά βάση περισσότερες διευκρινίσεις για τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ασφαλιστικού σας προγράμματος Full Health και είναι οι ακόλουθες :

- i) Στην Ενότητα Β, προστέθηκε νέο **Άρθρο 7 - Ανακοινώσεις-Δηλώσεις- Επικοινωνία**.

Κατά συνέπεια μεταβάλλεται και η αρίθμηση των άρθρων της Ενότητας Β που ακολουθούν ως εξής:

Άρθρο 8 - Αρμοδιότητα και Εφαρμοστέο Δίκαιο

Άρθρο 9 - Τρόπος και Χρόνος Διαχείρισης Αιτιάσεων -Φορείς Εναλλακτικής Επίλυσης Διαφορών

Το περιεχόμενο του νέου άρθρου είναι το εξής:

Άρθρο 7: Ανακοινώσεις-Δηλώσεις- Επικοινωνία

Όλες οι ανακοινώσεις και δηλώσεις του Συμβαλλόμενου, κοινοποιούνται εγγράφως στην Εταιρία, ενώ η επικοινωνία της Εταιρίας με τον Συμβαλλόμενο/Ασφαλισμένο, μπορεί να γίνεται είτε με έγγραφη επιστολή είτε με ηλεκτρονική αλληλογραφία είτε με αποστολή μηνύματος σε συσκευή κινητής τηλεφωνίας, σε στοιχεία επικοινωνίας που οι τελευταίοι έχουν δηλώσει εγγράφως ή με νόμιμα ηχογραφημένη συνομιλία ότι επιθυμούν μέσω αυτών να συναλλάσσονται με την Εταιρία.

Επίσης, ο Συμβαλλόμενος/Ασφαλισμένος συναινεί στην παροχή πληροφοριών και ενημερώσεων σε σχέση με το ασφαλιστικό πρόγραμμα μέσω της ιστοσελίδας της Α.Ε.Ε.Γ.Α. «Η ΕΘΝΙΚΗ» www.ethnikiasfalistiki.gr, των ηλεκτρονικών εφαρμογών που διαθέτει η Εταιρία ή μέσω της δηλωθείσας διεύθυνσης ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

- ii) Στην Ενότητα Β έγινε αλλαγή αρίθμησης του άρθρου 8, από Άρθρο 8 σε 9, μετονομασία και επικαιροποίηση του ως εξής:

Άρθρο 9 : Τρόπος και Χρόνος Διαχείρισης Αιτιάσεων/Φορείς Εναλλακτικής Επίλυσης Διαφορών

Σύμφωνα με την Πολιτική Διαχείρισης Αιτιάσεων της ΑΕΕΓΑ «Η ΕΘΝΙΚΗ» και τη σχετική πράξη 88/5.4.2016 της Τράπεζας της Ελλάδος, κάθε πρόσωπο που έχει τις προϋποθέσεις να εγείρει αιτίαση (όπως ενδεικτικά είναι ο λήπτης της ασφάλισης/αντισυμβαλλόμενος, ο ασφαλισμένος, ο δικαιούχος αποζημίωσης ή/και ο ζημιωθείς τρίτος) μπορεί να απευθύνεται:

- στην Υποδιεύθυνση Διαχείρισης Αιτιάσεων & Παραπόνων της ΑΕΕΓΑ «Η ΕΘΝΙΚΗ», Λ. Συγγρού 103-105, 117 45 Αθήνα, τηλ. 210 9099777, email: parapona@ethnikiasfalistiki.gr

Ο συνήθης χρόνος ανταπόκρισης στις έγγραφες αιτιάσεις είναι (15) εργάσιμες ημέρες από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης, ενώ σε καμία πάντως περίπτωση ο χρόνος απάντησης δεν μπορεί να υπερβαίνει τις (50) ημερολογιακές ημέρες από την ημερομηνία υποβολής αυτής.

-σε αρμόδιες Αρχές, όπως ενδεικτικά στον Συνήγορο του Καταναλωτή και στη Γενική Γραμματεία Εμπορίου (Τομέας Προστασίας του Καταναλωτή) μέσα στις εκάστοτε ισχύουσες προθεσμίες.

Περαιτέρω, σύμφωνα με όσα προβλέπονται στον Κώδικα Καταναλωτικής Δεοντολογίας ως κάθε φορά ισχύει, τα ως άνω πρόσωπα έχουν την δυνατότητα εξωδικαστικής επίλυσης τυχόν διαφορών που θα προκύψουν με την Εταιρία σε σχέση με το παρόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο απευθυνόμενα στους αναγνωρισμένους από την κείμενη νομοθεσία και νόμιμα καταχωρημένους στο Μητρώο της Γενικής Διεύθυνσης Προστασίας Καταναλωτή και Εποπτείας της Αγοράς Φορείς Εναλλακτικής Επίλυσης Διαφορών, όπως: 1) Ο Συνήγορος του Καταναλωτή (www.synigoroskatanaloti.gr), 2) Το ΚΕΝΤΡΟ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ - ADR POINT(www.adrpoint.gr), 3) Το ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ (startADR) (<https://startadr.org/>). Επιπλέον πληροφορίες σε σχέση με τους αναγνωρισμένους/πιστοποιημένους φορείς μπορούν να αναζητηθούν στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Ανάπτυξης και Επενδύσεων (Γενική Γραμματεία Εμπορίου /Τομέας Προστασίας του Καταναλωτή) <https://kataggelies.mindev.gov.gr> στην ενότητα ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΩΝ-ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΩΝ και στην πλατφόρμα Ηλεκτρονικής Επίλυσης Διαφορών (ΗΕΔ) της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.

Ρητά διευκρινίζεται ότι η Εταιρία δεν δεσμεύεται ούτε υπέχει κάποια υποχρέωση για την επίλυση οιασδήποτε διαφοράς ανακύψει σε σχέση με το παρόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο με τη χρήση των ανωτέρω Φορέων Εναλλακτικής Επίλυσης Διαφορών. Τυχόν αίτημα των ανωτέρω προσώπων για την επίλυση διαφοράς με τη χρήση αυτών θα εξετάζεται κάθε φορά μεμονωμένα.

Επισημαίνεται ότι η προσφυγή στα ως άνω Όργανα, Αρχές ή Φορείς, δεν διακόπτει την παραγραφή των σχετικών αξιώσεων, ενώ σε κάθε περίπτωση τα ανωτέρω πρόσωπα έχουν δικαίωμα να προσφύγουν στη δικαιοσύνη.

- iii) Στην Ενότητα Γ, **Άρθρο 2: «Αναλυτική Περιγραφή Παροχών Κάλυψης Νοσοκομειακής Περίθαλψης»**, παρ.Β. 14, στην λίστα με τις διαγνωστικές ιατρικές πράξεις προστέθηκε ως νέα πράξη η «ουρηθροκυστεοσκόπηση» και αναδιατυπώθηκε η «Κυστεοσκόπηση» ως «Κυστεοσκόπηση με ή χωρίς λήψη βιοψίας ουροδόχου κύστης»
- iv) Στην Ενότητα **Γ2 Τί δεν καλύπτεται**, το σημείο 6 αναδιατυπώθηκε ως εξής:

Παλιό κείμενο: 6. Νοσηλεία για διάγνωση, θεραπεία και χειρουργική επέμβαση για αποκατάσταση στειρότητας ή γονιμότητας ή για αλλαγή φύλου.

Νέο κείμενο: 6. Νοσηλεία για διάγνωση, θεραπεία και χειρουργική επέμβαση για αποκατάσταση υπογονιμότητας ή στυτικής δυσλειτουργίας *εκτός και αν αυτή αποδεδειγμένα οφείλεται σε επιπλοκή προστατεκτομής ως επί κακοήθειας προστάτη. Επίσης, δεν καλύπτονται σχετικές με την αλλαγή φύλου επεμβάσεις.*

- v) Στην Ενότητα **Γ3** στους **«Πίνακες Ανώτατων Ορίων Ιατρικών Αμοιβών/Πίνακες Χειρουργικών Επεμβάσεων»** έγιναν κάποιες αλλαγές στις κατηγορίες επεμβάσεων «Αγγειοχειρουργικές επεμβάσεις», «Γενική Χειρουργική», «Επεμβατική Δερματολογία», «Ουρολογικές επεμβάσεις» και «Οφθαλμολογικές επεμβάσεις»: Συγκεκριμένα οι μεταβολές είναι:
- Η «αγγειοπλαστική» πλέον κατατάσσεται στις Μεγάλες Επεμβάσεις
 - Αφαιρέθηκε η «αφαίρεση πολύποδα εντέρου» από τις Μεσαίες Επεμβάσεις και προστέθηκε η «ενδοσκοπική αφαίρεση πολύποδα εντέρου από γαστρεντερολόγο» στις Πολύ Μικρές Επεμβάσεις
 - Αφαιρέθηκε από την λίστα των Πολύ Μικρών Επεμβάσεων η «βιοψία δέρματος»
 - Η «εκτομή κονδυλωμάτων, θηλωμάτων, πολυπόδων» και η «εκτομή κύστεων-συριγγίων τραχήλου» κατατάσσονται στις Μικρές Επεμβάσεις.
 - Η «αφαίρεση-καθαρισμός μολυσματικής τέρμινθου» και η «αφαίρεση σπίλου» κατατάσσονται στις Πολύ Μικρές Επεμβάσεις.
 - Προστέθηκε διευκρίνιση στην επέμβαση «Ηλεκτροχειρουργική αφαίρεση πολλαπλών θηλωμάτων, μυρμηγκιών, κονδυλωμάτων» ως προς τον ορισμό του πλήθους των «πολλαπλών» ότι πρόκειται για άνω των 5 σε κάθε περίπτωση.

- Οι διαγνωστικές ιατρικές πράξεις «κυστεοσκόπηση» και «ουρηθροκυστεοσκόπηση» δεν ανήκουν πλέον στις «Ουρολογικές επεμβάσεις» σύμφωνα με την παραπάνω παράγραφο iii).
- Οι οφθαλμολογικές επεμβάσεις «Αφαίρεση πτερυγίου», «Αφαίρεση χαλάζιου» και «Καθετηριασμός και πλύση δακρυϊκών οδών» κατατάσσονται στην κατηγορία Πολύ Μικρές Επεμβάσεις
- Προστέθηκε η επέμβαση «Βλεφαροπλαστική(αποδεδειγμένης παθολογικής ή τραυματικής αιτιολογίας)» στις Μεσαίες Επεμβάσεις.
- Η «εγχείρηση καταρράκτη» κατατάσσεται στις Μεσαίες Επεμβάσεις.

Οι Όροι Ασφάλισης με ενσωματωμένες τις παραπάνω τροποποιήσεις, ισχύουν για ασφαλιστήρια συμβόλαια Full Health - Νοσοκομειακή Περίθαλψη που ανανεώνονται από 01.11.2024 και έχουν αναρτηθεί στην ιστοσελίδα της Εταιρίας www.ethnikiasfalistiki.gr και συγκεκριμένα την ενότητα «Εξυπηρέτηση →Υγεία», <https://www.ethnikiasfalistiki.gr/support/health>. **Σας παρακαλούμε να μελετήσετε προσεκτικά τους Όρους Ασφάλισης πριν προχωρήσετε στην καταβολή των ασφαλιστρών για το επόμενο ασφαλιστικό έτος και την ανανέωση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου σας.**

Επισημαίνεται ότι οι Όροι Ασφάλισης που δεν τροποποιούνται ισχύουν ως αναφέρονται στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο που έχετε στα χέρια σας λαμβάνοντας υπόψιν και όλες τις ετήσιες ενημερώσεις που έχετε λάβει κατά τις προηγούμενες ανανεώσεις του ασφαλιστηρίου συμβολαίου σας και έχουν αναρτηθεί στην ιστοσελίδα της Εταιρίας.

Εφόσον προχωρήσετε σε εξόφληση του ασφαλίστρου, το οποίο σας κοινοποιείται μέσω της ειδοποίησης/απόδειξης είσπραξης ασφαλίστρων, το ασφαλιστήριό σας θα ανανεωθεί για το επόμενο ασφαλιστικό έτος με τους ανωτέρω Όρους. Σημειώνεται ότι η εμπρόθεσμη καταβολή του αναφερόμενου ασφαλίστρου αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για την ανανέωση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου σας για την επόμενη ασφαλιστική περίοδο.

Αν μετά την ανανέωση για οποιοδήποτε λόγο επιθυμείτε την ακύρωση του συμβολαίου σας, μπορείτε να ασκήσετε το δικαίωμα υπαναχώρησης εντός 30 ημερών από την ανανέωση της ασφαλιστικής σύμβασης για το επόμενο έτος υποβάλλοντας συμπληρωμένη τη συνημμένη στο παρόν έντυπο Δήλωση Υπαναχώρησης.

Για οποιαδήποτε επιπλέον πληροφορία χρειαστείτε σχετικά με την ανανέωση για το επόμενο ασφαλιστικό έτος του ασφαλιστηρίου σας, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον ασφαλιστικό σας διαμεσολαβητή, με το Κατάστημα που σας εξυπηρέτησε για την κατάρτιση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου σας ή να καλέσετε στο Κέντρο Τηλεφωνικής Εξυπηρέτησης Πελατών της Εθνικής Ασφαλιστικής, στον αριθμό (+30) 2109099000 (Ελλάδα και εξωτερικό) Δευτέρα - Παρασκευή 08.00 - 20.00. Επίσης μπορείτε να στείλετε τυχόν ερωτήματά σας στην ηλεκτρονική διεύθυνση contact@ethnikiasfalistiki.gr

Και μην ξεχνάτε ότι με την on-line υπηρεσία MyEthniki αποκτάτε 24/7 πρόσβαση στις παροχές και τις καλύψεις του συμβολαίου σας, πληρώνετε εύκολα τα ασφάλιστρά σας και κατεβάζετε χρήσιμα έγγραφα για την ασφάλισή σας.

Η ΕΘΝΙΚΗ

ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ



Παπαχρήστου Δημήτριος
Προϊστάμενος Διεύθυνσης Ανάληψης Ζωής και Υγείας

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ XXXXXXXXX

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ

Προς την
Εθνική Α.Ε.Ε.Γ.Α.
Λεωφ. Συγγρού 103-105
Αθήνα 11745

Συστημένη με απόδειξη παραλαβής

ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ

Επώνυμο:..... Όνομα:.....
Διεύθυνση: Πόλη:.....
Τ.Κ.:

Σας δηλώνω ότι υπαναχωρώ ως προς τη σύναψη της ασφαλιστικής σύμβασης, σύμφωνα με την ασφαλιστική νομοθεσία (ν.4364/2016 άρθρο 153). Η δήλωση υπαναχώρησης γίνεται μέσα στη νόμιμη προθεσμία των τριάντα (30) ημερολογιακών ημερών, από την ημέρα παραλαβής του ασφαλιστηρίου.

Η υπαναχώρηση επιφέρει την απόσβεση των υποχρεώσεων του συμβαλλόμενου που απορρέουν από αυτήν. Η ασφαλιστική επιχείρηση στην περίπτωση αυτή δικαιούται να παρακρατήσει για την κύρια ασφάλιση ένα (1) μηνιαίο ασφάλιστρο και το 1/12 του ετήσιου ασφαλίστρου για τις συμπληρωματικές καλύψεις.

Ημερομηνία
(Ημέρα- Μήνας –Έτος)

Συμβαλλόμενος
(Ονοματεπώνυμο –Υπογραφή)

.....