

# Ασφάλιση Υγείας

Έγγραφο πληροφοριών για το ασφαλιστικό προϊόν "bewell" Φάρμακα

Εταιρία: INTERAMERICAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΙΑ

Α.Φ.Μ.: 094328889, ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ.: 000914001000, Έδρα & Κεντρικά Γραφεία: Λ. Συγγρού 124-126, 117 25 Αθήνα

Εφαρμοστέο Δίκαιο: Ελληνικό, Εποπτική Αρχή: Τράπεζα της Ελλάδος

Πλήρεις πληροφορίες σε σχέση με το παρόν ασφαλιστικό προϊόν, παρέχονται στην αίτηση ασφάλισης, το Ασφαλιστήριο, τους Όρους Ασφάλισης και σε κάθε σχετικό έγγραφο της Εταιρίας.

**bewell**

σύστημα υγείας INTERAMERICAN

Φάρμακα

Τι είναι αυτό το είδος ασφάλισης;

Η ασφάλιση αυτή καλύπτει την συμμετοχή του ασφαλισμένου για την αγορά συνταγογραφημένων φαρμάκων.



Τι ασφαρίζεται;

Το πρόγραμμα καλύπτει "bewell" Φάρμακα περιλαμβάνει την παρακάτω κάλυψη:

- ✓ Το ποσό της συμμετοχής για την αγορά φαρμάκων για θεραπεία εκτός νοσοκομείου που έχουν συνταγογραφηθεί μέσω της διαδικασίας ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.



Τι δεν ασφαρίζεται;

- ✗ Όλα τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια νοσηλείας.
- ✗ Όλα τα φάρμακα που για οποιοδήποτε λόγο δεν έχουν συνταγογραφηθεί.



Υπάρχουν περιορισμοί στην κάλυψη;

Το συμβόλαιο αυτό καλύπτει τη συμμετοχή μου σε συνταγογραφημένα φάρμακα έως το όριο που αναφέρεται στο συμβόλαιο.

Σε όλη τη διάρκεια του συμβολαίου δεν καλύπτονται φάρμακα:

- ! Για θεραπεία συγγενών μεταβολικών παθήσεων.
- ! Για θεραπεία ψυχιατρικών παθήσεων.
- ! Για θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες.
- ! Για θεραπεία με ηρεμιστικά και υπναγωγά.
- ! Για θεραπεία υπογονιμότητας.

**Πού είμαι καλυμμένος;**

- ✓ Για αγορά φαρμάκων από τα νόμιμα φαρμακεία της Ελλάδας.

**Ποιες είναι οι υποχρεώσεις μου;****Κατά την έναρξη της ασφάλισης:**

- Να περιγράψω με ειλικρίνεια την κατάσταση της υγείας μου και των υπολοίπων ασφαλισμένων στο συμβόλαιο.
- Να αναφέρω όλα τα περιστατικά που αφορούν εμένα και τους υπόλοιπους ασφαλισμένους στο συμβόλαιο, τα οποία είναι απαραίτητα για να εκτιμηθεί ο ασφαλιστικός κίνδυνος που αναλαμβάνει η Εταιρία.

**Κατά τη διάρκεια της ασφάλισης ή σε περίπτωση απαίτησης αποζημίωσης:**

- Να καταβάλλω έγκαιρα τα ασφάλιστρα.
- Να ενημερώνω την Εταιρία για κάθε αλλαγή που μπορεί να αυξάνει τον κίνδυνο που έχει αναλάβει.
- Να μην παραπλανήσω ή προσπαθήσω να παραπλανήσω την Εταιρία, σχετικά με το δικαίωμα αποζημίωσης ή το ύψος της.

**Πότε και πώς πληρώνω;**

- Μέχρι τις ημερομηνίες οφειλής για τις οποίες θα με ενημερώσει η Εταιρία.
- Στις Τράπεζες που συμμετέχουν στο Διατραπεζικό Σύστημα (ΔΙΑΣ), στα ΕΛ.ΤΑ., με πάγια εντολή χρέωσης του τραπεζικού μου λογαριασμού ή της πιστωτικής μου κάρτας.

**Πότε αρχίζει και πότε λήγει η κάλυψη;**

- Η κάλυψη αρχίζει από την ημερομηνία έναρξης που αναφέρεται στο συμβόλαιο με την προϋπόθεση ότι θα έχει εξοφληθεί το ασφάλιστρο ή η πρώτη δόση του.
- Η κάλυψη λήγει ένα χρόνο μετά την ημερομηνία έναρξης, μπορώ όμως να την ανανεώσω αν πληρώσω εγκαίρως το νέο ασφάλιστρο.
- Επίσης, η κάλυψη θα λήξει αν δεν καταβάλλω εγκαίρως οποιαδήποτε δόση ασφάλιστρου.

**Πώς μπορώ να ακυρώσω τη σύμβαση;**

- Μέσα σε 30 μέρες από την παραλαβή του ασφαλιστηρίου και πληρωμή του πρώτου ασφάλιστρου, μπορώ να εναντιωθώ λόγω παρεκκλίσεων του ασφαλιστηρίου από την αίτηση ασφάλισης.
- Μέσα σε 14 μέρες από την έναρξη της σύμβασης, αν δεν μου παραδοθούν οι όροι ή οι πληροφορίες που αφορούν το συμβόλαιο. Στις παραπάνω περιπτώσεις θα μου επιστραφούν τα ασφάλιστρα, εκτός από τα έξοδα στα οποία υποβλήθηκε η Εταιρία για να εκδώσει το ασφαλιστήριο. Αν όμως η εναντίωση οφείλεται σε υπαιτιότητα της Εταιρίας, τότε δεν θα παρακρατούνται τα έξοδα αυτά.
- Οποτεδήποτε κατά τη διάρκεια της σύμβασης μπορώ να μην πληρώσω τα οφειλόμενα ασφάλιστρα και θα ακυρωθεί αυτόματα η σύμβαση. Σε περίπτωση ακύρωσης κατά τη διάρκεια της σύμβασης δεν επιστρέφονται ασφάλιστρα.