

Ασφάλιση Υγείας

Έγγραφο πληροφοριών για το ασφαλιστικό προϊόν “**bewell**” Φάρμακα
Εταιρία: INTERAMERIKAN ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ Α.Ε.
ΑΡ.Μ.Α.Ε.: 25467/05/Β/91/29, **Γ.Ε.Μ.Η.:** 914001000, **Με έδρα στην Ελλάδα,**
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 καλύψεων “**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.