

Γενικοί και Ειδικοί Όροι
Ασφαλιστηρίου Ιατρικής Βοήθειας
Υγειονομική Μεταφορά κατόπιν Ατυχήματος ή Ασθένειας

Medical HELP 



Άμεση Ιατρική Βοήθεια 24/7

210 6710590

Ιανουάριος 2023

Εισαγωγή

Αγαπητέ Ασφαλισμένε,

Σας συγχαίρουμε για την επιλογή σας να ενταχθείτε στη μεγάλη οικογένεια των ασφαλισμένων στην INTERLIFE και σας ευχαριστούμε που εμπιστευτήκατε την Εταιρία μας για την ασφάλιση του πιο πολύτιμου αγαθού, αυτού της υγείας σας.

Η INTERLIFE, τα στελέχη της καθώς και ο ασφαλιστικός σας σύμβουλος θα είναι πάντα δίπλα σας να σας βοηθούν σε κάθε περίπτωση που εμπίπτει στους όρους κάλυψης του ασφαλιστηρίου συμβολαίου σας.

Εσείς από την πλευρά σας, θα πρέπει να διαβάσετε προσεκτικά τους όρους ασφάλισης σας για να βεβαιωθείτε ότι καλύπτει τις πραγματικές ασφαλιστικές σας ανάγκες. Επίσης θα πρέπει να ελέγχετε πάντα το ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας και να ζητάτε από τον ασφαλιστικό σας σύμβουλο την προσαρμογή του στις πραγματικές ασφαλιστικές σας ανάγκες όπως αυτές μεταβάλλονται στη διάρκεια της ισχύος του ασφαλιστηρίου συμβολαίου σας. Εμείς, φροντίσαμε ώστε οι όροι των καλύψεων να είναι σαφείς και οι ειδικές εξαιρέσεις, κατανοητές και ευδιάκριτες.

Τέλος, σημειώστε ότι η Εταιρία μας προσφέρει ειδικές εκπώσεις για την ασφάλιση των περιουσιακών σας στοιχείων και του αυτοκινήτου σας, με ασφαλιστικά προγράμματα υψηλών προδιαγραφών.

Ο ασφαλιστικός σας σύμβουλος και εμείς, είμαστε πάντα στη διάθεσή σας να σας εξυπηρετούμε, αναπτύσσοντας τη σχέση εμπιστοσύνης που πρέπει να υπάρχει μεταξύ ασφαλιστή και ασφαλισμένου.

Σας ευχαριστούμε και πάλι για την επιλογή και την εμπιστοσύνη σας.

Παρακαλούμε να εξετάσετε προσεκτικά την Ασφαλιστική σας Σύμβαση και σε περίπτωση που δεν είναι σύμφωνη με όσα μας ζητήσατε, να την επιστρέψετε αμέσως στην Εταιρία για αλλαγή.

Προσοχή

Το παρόν επισυνάπτεται σε κάθε ασφαλιστήριο συμβόλαιο και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος αυτού.

ΓΕΝΙΚΟΙ ΟΡΟΙ**Ασφαλιστηρίου Ιατρικής Βοήθειας "Medical HELP" (Άρθρα 10)****Άρθρο 1. Ορισμοί**

Οι ακόλουθοι όροι όπου απαντώνται στην παρούσα Ασφαλιστική Σύμβαση, έχουν αποκλειστικά και μόνον την έννοια που δίδεται παρακάτω:

Εταιρία: Η Ασφαλιστική Εταιρία με την επωνυμία «INTERLIFE (INTERLIFE) Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρία Γενικών Ασφαλίσεων».

Πάροχος: Η εταιρία με την επωνυμία «LIFE LINE AVIATION S.A.» που εδρεύει οδό Αγ. Γεωργίου & Διονυσίου 1, Τ.Κ. 15234 Χαλάνδρι, στην Αθήνα.

Λήπτης της Ασφάλισης/Συμβαλλόμενος: Το νομικό ή φυσικό πρόσωπο με το οποίο έχει συμφωνηθεί αυτή η Σύμβαση, καταβάλλει τα Ασφάλιστρα και αναγράφεται στην 1η σελίδα του Ασφαλιστηρίου.

Ασφαλισμένος: Κάθε φυσικό πρόσωπο υπέρ του οποίου συνάπτεται η ασφάλιση αυτή.

Ασφαλιστική Σύμβαση: Το σύνολο των συμφωνιών μεταξύ ασφαλιστή και λήπτη της Ασφάλισης, οι οποίες έχουν αποτυπωθεί στο ασφαλιστήριο. Το Ασφαλιστήριο είναι το αποδεικτικό έγγραφο της Ασφαλιστικής Σύμβασης και αποτελείται από την έγγραφη Πρόταση Ασφάλισης και τους Γενικούς και Ειδικούς Όρους που διέπουν τη Σύμβαση.

Ατύχημα: Κάθε σωματική βλάβη που οφείλεται σε αιτία εξωτερική, τυχαία, βίαιη, ορατή, αιφνίδια και χωρίς την πρόθεση του Ασφαλισμένου. Η σωματική βλάβη θα πρέπει να οφείλεται αποκλειστικά στο Ατύχημα, να είναι ανεξάρτητη από κάθε άλλη αιτία και να επιβεβαιώνεται με κλινικά ή εργαστηριακά ευρήματα.

Ασθένεια: Κάθε μεταβολή της φυσιολογικής λειτουργίας του οργανισμού του Ασφαλισμένου, που δεν οφείλεται σε Ατύχημα αλλά σε παθολογικά αίτια, πιστοποιείται ιατρικά, απαιτεί θεραπεία και προέρχεται από αιτίες που δεν υπήρχαν κατά την έναρξη ισχύος της ασφάλισης.

Προϋπάρχουσα Ασθένεια: Οποιαδήποτε πρόσκαιρη ή χρόνια ιατρική κατάσταση ή σωματική βλάβη που έχει διερευνηθεί ή διαγνωσθεί ή για την οποία έχει παρασχεθεί αγωγή, σε οποιαδήποτε χρονική περίοδο, πριν την έκδοση του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου, ακόμα και αν η κατάσταση αυτή θεωρείται σταθερή και υπό έλεγχο.

Νοσοκομείο: Κάθε Νοσηλευτικό Ίδρυμα που λειτουργεί νόμιμα, διαθέτει πλήρη ιατρικό και νοσοκομειακό εξοπλισμό, καθώς και μόνιμο επτελείο ιατρών και βοηθητικού προσωπικού, με σκοπό την παροχή διάγνωσης και θεραπείας.

Άρθρο 2. Ασφάλιστρο

2.1 Το Ασφάλιστρο είναι ετήσιο και προκαταβλητέο.

2.2 Το Ασφάλιστρο καταβάλλεται χωρίς η Εταιρία να είναι υποχρεωμένη να ειδοποιήσει ή ενοχλήσει το Συμβαλλόμενο ή οποιοδήποτε πρόσωπο που έχει δικαιώματα που απορρέουν από το ασφαλιστήριο. Η υπενθύμιση της υποχρέωσης για πληρωμή του ασφαλιστηρίου δεν μπορεί να θεωρηθεί σαν τροποποίηση του γενικού αυτού κανόνα.

Άρθρο 3. Καταβολή Ασφαλιστηρίου

Ο Συμβαλλόμενος υποχρεούται σε καταβολή του ετήσιου ασφαλιστηρίου, κατά τις ημερομηνίες που αναφέρονται. Σε περίπτωση που η Εταιρία, για την εξυπηρέτηση του Συμβαλλόμενου, προτείνει άλλον τρόπο είσπραξης τον οποίο ο Συμβαλλόμενος θα αποδεχθεί, η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα να τον επιβαρύνει με τα αναλογούντα έξοδα.

Σαν ημερομηνία εξόφλησεως θεωρείται η ημερομηνία καταβολής των χρημάτων. Η εξόφληση των ασφαλιστηρίων αποδεικνύεται με έγγραφο στο οποίο πρέπει απαραίτητα να αναγράφεται η ημερομηνία εξόφλησης και να φέρει την υπογραφή και σφραγίδα του εντεταλμένου οργάνου που πραγματοποίησε την είσπραξη.

Άρθρο 4. Καταγγελία Ασφαλιστικής Σύμβασης

Σε περίπτωση παράβασης από δόλο των υποχρεώσεων του Συμβαλλόμενου ή του Ασφαλισμένου κατά τη σύναψη της ασφάλισης, κατά τη διάρκεια της ασφάλισης ή κατά την επέλευση του κινδύνου, η Εταιρία έχει δικαίωμα να καταγγείλει την Ασφαλιστική Σύμβαση, μέσα σε προθεσμία ενός (1) μηνός από τότε που έλαβε γνώση της παράβασης (άρθρο 3 Ν.2496/97).

Αν η ασφαλιστική περίπτωση επέλθει εντός της παραπάνω προθεσμίας η Εταιρία απαλλάσσεται της υποχρέωσής του για καταβολή ασφαλισματος. Τα αποτελέσματα της καταγγελίας ισχύουν άμεσα.

Η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα να καταγγείλει τη σύμβαση για σπουδαίο λόγο. Ενδεικτικά σπουδαίο λόγο συνιστούν οι ακόλουθες περιπτώσεις:

- α)** Αν η επέλευση του κινδύνου σχετίζεται με διάπραξη ή απόπειρα διάπραξης με δόλο ποινικού αδικήματος του Ασφαλισμένου και
 - β)** Δόλια συμπεριφορά του Ασφαλισμένου ή κακόπιστη συμπεριφορά έναντι της Εταιρίας, απόπειρα εξαπάτησης ή παραπλάνησης για λήψη παράνομης αξίωσης του Ασφαλισμένου ή του Συμβαλλόμενου.
- Η καταγγελία της σύμβασης για έναν εκ των ανωτέρω λόγων είναι δυνατόν να γίνει ακόμη και μετά την επέλευση του κινδύνου. Τα αποτελέσματα της καταγγελίας για τις προαναφερθείσες παραγράφους, όταν ασκείται από την Εταιρία, δεν μπορούν να επέρχονται πριν την

πάροδο τριάντα (30) ημερών από τότε που θα περιέλθει στον Συμβαλλόμενο (άρθρο 8 Ν.2496/97).

Άρθρο 5. Παραγραφή

Κάθε αξίωση που πηγάζει από το Ασφαλιστήριο παραγράφεται αφού περάσουν πέντε (5) χρόνια από το τέλος του χρόνου μέσα στον οποίο γεννήθηκε η αξίωση.

Αναστολή αυτής της παραγραφής για οποιονδήποτε λόγο αποκλείεται και διακοπή της γίνεται μόνο με την έγερση τακτικής αγωγής και τις επακόλουθες δικαστικές πράξεις.

Άρθρο 6. Κατοικία και Διεύθυνση Επικοινωνίας

Ο Συμβαλλόμενος και ο Ασφαλισμένος θεωρείται ότι διαμένουν στην κατοικία, η διεύθυνση της οποίας αναφέρεται στο Ασφαλιστήριο. Η διεύθυνση επικοινωνίας μπορεί να είναι διαφορετική από τη διεύθυνση κατοικίας. Οποιαδήποτε αλλαγή διεύθυνσης κατοικίας ή επικοινωνίας γίνεται εγγράφως στην Εταιρία από τον Συμβαλλόμενο. Έτσι κάθε οποιασδήποτε φύσεως ειδοποίηση της Εταιρίας προς τον Συμβαλλόμενο ή στον Ασφαλισμένο, κατά περίπτωση, στη διεύθυνση αυτή είναι έγκυρη και ως εκ τούτου επέρχονται όλες οι έννομες συνέπειες από την ενδεχόμενη ειδοποίηση αυτή.

Άρθρο 7. Γεωγραφικά Όρια Ασφάλισης

Η παρούσα ασφάλιση ισχύει μόνο εντός Ελληνικής Επικράτειας.

Άρθρο 8. Έγγραφα – Κοινοποιήσεις

Η Εταιρία δεσμεύεται μόνο με έγγραφα που φέρουν την υπογραφή των εξουσιοδοτημένων ειδικά γι' αυτό οργάνων της έδρας και υποκαταστημάτων της Εταιρίας. Ασφαλιστικοί Πράκτορες ή οποιαδήποτε άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα που διαμεσολαβούν στην ασφάλιση δεν έχουν το δικαίωμα να συνάπτουν ή να μεταβάλλουν συμβόλαια, που δημιουργούν υποχρεώσεις για την Εταιρία ή να αναλαμβάνουν στο όνομα της Εταιρίας και για λογαριασμό της, υποχρεώσεις. Κοινοποίηση αγωγής και άλλων δικογράφων ή εξώδικων δηλωσέντων ισχύει μόνον εφόσον γίνεται προς την έδρα της Εταιρίας στην Θεσσαλονίκη.

Άρθρο 9. Πιστή Τήρηση & Εκπλήρωση των Όρων

Η πιστή τήρηση και εκπλήρωση των Γενικών και Ειδικών Όρων και Προσθέτων Πράξεων του παρόντος ασφαλιστηρίου που αναφέρονται στις υποχρεώσεις του Ασφαλισμένου αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για κάθε ευθύνη της Εταιρίας να ενεργήσει οποιαδήποτε καταβολή Ασφαλισματος σύμφωνα με το παρόν ασφαλιστήριο.

Άρθρο 10. Φόροι – Τέλη

Κάθε φορολογική επιβάρυνση του ασφαλιστηρίου οποιασδήποτε φύσης, των αποδείξεων είσπραξης ασφαλιστηρίων, των Πρόσθετων Πράξεων οποιοδήποτε περιεχομένου, Παροχών ή Αποζημιώσεων και γενικά κάθε πράξης σχετικής με τη Σύμβαση Ασφάλισης, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν κατά την έκδοση του ασφαλιστηρίου ή θα ισχύουν μετά την έκδοσή του, βαρύνει τους ενδιαφερομένους, Συμβαλλόμενο ή Ασφαλισμένο ή Δικαιούχο.

Ειδικότερα, τα τέλη, οι φόροι και τα έξοδα εξόφλησης του Ασφαλιστηρίου, καθώς επίσης και όλα γενικά τα έξοδα της Εταιρίας από κατασχέσεις που επιβάλλονται στα χέρια της ως τρίτης ή από εκχωρήσεις του Ασφαλιζόμενου Ποσού, βαρύνουν τον ενδιαφερόμενο που παρέχει την εξόφληση (Συμβαλλόμενο ή Ασφαλισμένο ή Δικαιούχο) ή τους νόμιμους διαδόχους του.

Τελική Διάταξη. Για ότι δεν προβλέπεται παραπάνω, θα εφαρμόζονται οι διατάξεις του νόμου περί Ασφαλιστικής Σύμβασης και της ισχύουσας νομοθεσίας.

ΕΙΔΙΚΟΙ ΟΡΟΙ**Ασφαλιστηρίου Ιατρικής Βοήθειας "Medical HELP" (Άρθρα 6)****Άρθρο 1. Αντικείμενο της Ασφάλισης**

Με την παρούσα ασφάλιση η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, η Εταιρία ή άλλη διαμεσολαβούσα εταιρία με την οποία η INTERLIFE Α.Α.Ε.Γ.Α. έχει συνάψει ειδική σύμβαση, αναλαμβάνει το έργο της διακομιδής (μεταφοράς και συνοδείας) ασθενών και τραυματιών ασφαλισμένων της, σε περίπτωση Επείγοντος Περιστατικού, με συνοδεία ιατρού σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα της επιλογής τους, όπου μπορεί να παρασχεθεί η κατάλληλη Ιατρική Περίθαλψη.

Ο χώρος παροχής των παραπάνω υπηρεσιών είναι η Ελληνική Επικράτεια.

Τα χρησιμοποιούμενα για τις διακομιδές μεταφορικά μέσα είναι ασθενοφόρα αυτοκίνητα, αεροπλάνα και ελικόπτερα. Η επιλογή του μέσου μεταφοράς γίνεται με γνώμονα την ταχύτερη και ασφαλέστερη μεταφορά του ασθενούς ή τραυματία, σε κατάλληλη και ικανή για την περίθαλψη του μεγάλη νοσηλευτική μονάδα. Η επιλογή της παραπάνω νοσηλευτικής μονάδας ανήκει στον ίδιο τον ασθενή ή στους οικείους του, σε περίπτωση που αυτός βρίσκεται σε αδυναμία να εκφράσει τη βούληση του.

Άρθρο 2. Ορισμοί

Καλυπτόμενα Πρόσωπα: Θεωρούνται αποκλειστικά ο Ασφαλισμένος, ο/η σύζυγος και τα άγαμα τέκνα αυτού, που έχουν ηλικία από τριών (3) μηνών και έως δεκαοκτώ (18) ετών ή -εφόσον σπουδάζουν- έως είκοσι πέντε (25) ετών.

Επείγον Περιστατικό: Είναι η αιφνίδια και τυχαία βλάβη της υγείας του Ασφαλισμένου που προήλθε από σοβαρό ατύχημα ή ασθένεια και απαιτεί υποχρεωτικά ολοκληρωμένη νοσοκομειακή αντιμετώπιση και περίθαλψη, που δεν μπορεί να παρασχεθεί σε υγειονομική μονάδα στην περιοχή που βρίσκεται ο Ασφαλισμένος και απαιτείται η μεταφορά του σε κατάλληλο Νοσηλευτικό Ίδρυμα. Η αδυναμία αντιμετώπισης θα βεβαιώνεται εγγράφως από τον ιατρό που επιλήφθηκε της κατάστασης του προς μεταφορά ασφαλισμένου.

Άρθρο 3. Προϋποθέσεις Μεταφοράς

Η διακομιδή θα γίνεται με εναέριο μέσο μεταφοράς εφόσον αυτό είναι εφικτό, δηλαδή εφόσον είναι δυνατή η ασφαλής προσγείωση του αεροπλάνου ή του ελικοπτερίου στο σημείο όπου βρίσκεται ο ασφαλισμένος ασθενής ή τραυματίας, και εφόσον το τοπικό αεροδρόμιο ή ελικοδρόμιο είναι σε λειτουργία. Γενικά η τήρηση των όρων, κανόνων και κανονισμών προσγείωσης και πτήσης, όπως καθορίζονται από την Υπηρεσία Πολιτικής Αεροπορίας, είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την παροχή υπηρεσιών ενάερας διακομιδής.

Η Εταιρία ή άλλη διαμεσολαβούσα εταιρία με την οποία η INTERLIFE Α.Α.Ε.Γ.Α. έχει συνάψει ειδική σύμβαση, δεν φέρει καμία ευθύνη σε περίπτωση απαγόρευσης πτήσεων ή αδυναμίας πρόσβασης στο χώρο όπου βρίσκεται ο ασφαλισμένος, αν αυτό γίνεται με εντολή της Υπηρεσίας Πολιτικής Αεροπορίας ή άλλης αρμόδιας αρχής.

Η Εταιρία ή άλλη διαμεσολαβούσα εταιρία με την οποία η INTERLIFE Α.Α.Ε.Γ.Α. έχει συνάψει ειδική σύμβαση, είναι υποχρεωμένη να προβεί στη διακομιδή αμέσως μόλις αρθούν τα εμπόδια από την απαγόρευση πτήσεων ή τη σχετική αδυναμία πρόσβασης.

Η διαμεσολαβούσα εταιρία είναι πιστοποιημένη για την αερομεταφορά λόγω COVID-19 και παρέχεται από αυτήν όλος ο απαραίτητος εξοπλισμός που προβλέπεται βάσει των προδιαγραφών που έχουν οριστεί από το Ελληνικό Κράτος.

Άρθρο 4. Αναγγελία Συμβάντος – Συντονιστικό Κέντρο

Η αναγγελία του περιστατικού γίνεται εγγράφως, είτε από τον ίδιο τον Ασφαλισμένο, είτε από τον αγροτικό ιατρό, είτε από το Κέντρο Υγείας, είτε από το περιφερειακό νοσοκομείο που ήδη νοσηλεύεται ο ασφαλισμένος.

Σε κάθε περίπτωση απαιτείται η γραπτή έγκριση του ιατρού του Κέντρου Υγείας ή του Νοσοκομείου στο οποίο αυτός νοσηλεύεται, η οποία βεβαιώνει ότι ο ασφαλισμένος έχει ανάγκη Επείγουσας Μεταφοράς σε άλλο Νοσηλευτικό Ίδρυμα και ότι μπορεί να μεταφερθεί με σχετική ασφάλεια της ζωής και της υγείας του.

Η κλήση για τη μεταφορά του ασφαλισμένου θα γίνεται στο Συντονιστικό Τηλεφωνικό Κέντρο (τηλ. **210 6710590**), μέσω του οποίου παρέχονται και Ιατρικές Πληροφορίες.

Με τη λήψη της τηλεφωνικής κλήσης, ο Ιατρός του Τηλεφωνικού Κέντρου έχει τη δυνατότητα κατά την κρίση του, ανάλογα με την εκτίμηση και αξιολόγηση του περιστατικού και εφόσον γίνει ο έλεγχος των στοιχείων του ασφαλισμένου και κατά πόσον δικαιούται της παροχής των υπηρεσιών της παρούσας ασφάλισης, να:

- χορηγήσει άμεσα ιατρική πληροφόρηση,
- να συστηθεί περαιτέρω ιατρική γνωμάτευση από ειδικό ιατρό (επείγοντως ή όχι),
- να προχωρήσει σε άμεση τηλεφωνική ενημέρωση όλων των διαθέσιμων κρατικών ή μη ιατρικών φορέων ανά περιοχή.

Άρθρο 5. Ειδικές Εξαιρέσεις

Από την παρούσα ασφάλιση δεν καλύπτονται οι υπηρεσίες μεταφοράς και διακομιδής που οφείλονται σε μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες περιπτώσεις:

- 1.** Σε εισβολή ή επιδρομή εχθρού, σε εξωτερικό ή εμφύλιο πόλεμο, σε πολιτικές ή στρατιωτικές στάσεις και ταραχές, σε τρομοκρατικές ενέργειες ή ενέργειες με σκοπό τον έλεγχο, την πρόληψη ή την καταστολή τρομοκρατικών ενεργειών.
- 2.** Σε ατυχήματα κατά την εκτέλεση στρατιωτικής θητείας του ασφαλισμένου στις ένοπλες δυνάμεις οποιασδήποτε χώρας ή οργανισμού.
- 3.** Σε ασθένεια ή ατύχημα που οφείλεται σε τοξικομανία ή χρήση ναρκωτικών ουσιών, σε χρόνιο αλκοολισμό.
- 4.** Σε κύηση, προγεννητικό έλεγχο, τοκετό, αντισύλληψη, εθελοντική στείρωση, εξωσωματική γονιμοποίηση, στειρότητα, τεχνητή γονιμοποίηση, αποβολή, απόξεση και στις πάσης φύσεως επιπλοκές τους, καθώς και στη διερεύνηση και θεραπεία ανδρικής ανικανότητας.
- 5.** Σε διανοητικές, νευροφυτικές, νευρικές ή ψυχικές διαταραχές και παθήσεις, σε νευρώσεις και ψυχώσεις, σε επιληψία, καθώς σε απόπειρα αυτοκτονίας ή και αυτοτραυματισμό, ανεξάρτητα από τη διανοητική κατάσταση του ατόχου.
- 6.** Σε κάθε πάθηση, ασθένεια, ανικανότητα ή σωματική βλάβη που προϋπήρχε της ασφάλισης ή της οποίας τα συμπτώματα προϋπήρχαν και ήταν γνωστά στον ασφαλισμένο πριν την ημερομηνία έναρξης ισχύος του ασφαλιστηρίου συμβολαίου ή την επαναφορά αυτού σε ισχύ, καθώς και στις υποτροπές ή επιπλοκές αυτών, εκτός εάν αυτές έχουν γραπτά δηλωθεί στην αίτηση ασφάλισης και η Εταιρία έχει αποδεχθεί την κάλυψη τους.

Άρθρο 6. Όρια και Λήξη Ισχύος

Η ασφάλιση ισχύει εντός της Ελληνικής Επικράτειας.

Πάυει να ισχύει:

- 1.** Αν καταγγελθεί η Ασφαλιστική Σύμβαση από οποιοδήποτε από τα συμβαλλόμενα μέρη.
- 2.** Αν ακυρωθεί το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο λόγω μη καταβολής των ασφαλίσεων.
- 3.** Με τη συμπλήρωση του εβδομηκοστού (70) έτους της ηλικίας του ασφαλισμένου ή την ηλικία των δεκαοκτώ (18) ετών ή -εφόσον σπουδάζουν- των εικοσιπέντε (25) ετών για τα εξαρτώμενα τέκνα.

Έντυπο Πληροφοριών άρθρου 150 Ν.4364/2016

Σύμφωνα με το Ν. 4364/2016 και το Νόμο 2496/1997, το παρόν έντυπο πρέπει να σας παραδοθεί κατά το χρόνο υποβολής της αίτησης – πρότασής σας για ασφάλιση. Με βάση την αίτηση – πρότασή σας αυτή, η Εταιρία μας θα εκδώσει το ασφαλιστήριο που θα σας παραδοθεί το συντομότερο δυνατόν. Υπάρχει η περίπτωση στο ασφαλιστήριο να υπάρχουν τροποποιήσεις της αίτησης για τις οποίες θα ενημερωθείτε από το ίδιο το ασφαλιστήριο. Επίσης, υπάρχει και περίπτωση να μην εκδοθεί καθόλου το ασφαλιστήριο που ζητήσατε, εφόσον δεν ικανοποιούνται οι κανόνες που η Εταιρία μας έχει υιοθετήσει σχετικά με την ανάληψη των κινδύνων.

Σύμφωνα με σχετική Οδηγία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η οποία ενσωματώθηκε στην Ελληνική Ασφαλιστική Νομοθεσία με το Ν.4364/2016, κάθε ασφαλιστική εταιρία υποχρεώνεται να κοινοποιήσει στον αντισυμβαλλόμενο, πριν τη σύναψη της ασφάλισης, έγγραφο με τις ακόλουθες πληροφορίες:

1. Επωνυμία, Σκοπός & Νομική Μορφή της Εταιρίας με την επωνυμία:

«ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ (INTERLIFE) Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρία Γενικών Ασφαλίσεων». Σκοπός της Εταιρίας είναι η διενέργεια ασφαλίσεων, συνασφαλίσεων και αντασφαλίσεων κατά ζημιών στην Ελλάδα και στο Εξωτερικό.

2. Κράτος - Μέλος Καταγωγής & Διεύθυνση της Έδρας

Η ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ Α.Α.Ε.Γ.Α. είναι πολυμετοχική ελληνική εταιρία η οποία εδρεύει στο 14ο χλμ. Ε.Ο. Θεσσαλονίκης - Πολυγύρου Τ.Κ. 57 001 Θέρμη Θεσσαλονίκης, Τ.Θ. 60218, Τηλ: +30 2310 499000, Fax: +30 2310 499099, e-mail: info@interlife.gr, website: www.interlife.gr
ΑΡ. ΓΕΜΗ: 057606004000

3. Εφαρμοστέο Δίκαιο

A. Σε περίπτωση σύναψης ασφαλιστικής σύμβασης για υποχρεωτική ασφάλιση βάσει του ελληνικού νόμου για υποχρεωτική ασφάλιση, τη σύμβαση αυτή διέπει το Ελληνικό Δίκαιο (άρθρο 145 παρ. 2 του Ν. 4364/2016).

B. Σε όλες τις υπόλοιπες περιπτώσεις ασφάλισης αστικής ευθύνης κατά ζημιών, τα συμβαλλόμενα μέρη είναι ελεύθερα να αποφασίσουν το εφαρμοστέο στην ασφαλιστική σύμβαση δίκαιο (άρθρο 150 παρ. 1 του Ν. 4364/2016). Η Εταιρία προτείνει ως εφαρμοστέο δίκαιο το ελληνικό.

4. Τρόπος & Χρόνος Διευθέτησης των Εγγράφων Παραπόνων

Για κάθε διαφορά που τυχόν θα προκύψει από το ασφαλιστήριο, αποκλειστικά αρμόδια είναι τα Δικαστήρια Θεσσαλονίκης.

5. Τρόπος & Χρόνος Διαχείρισης αιτιάσεων

α. Δικαίωμα Υπαναχώρησης

Αν το ασφαλιστήριο εκδοθεί, το προβλεπόμενο από το Νόμο «Δικαίωμα Υπαναχώρησης του Συμβαλλομένου» από αυτό, ασκείται με έγγραφη δήλωσή του, που γνωστοποιείται στην Εταιρία μέσα σε δεκατέσσερις (14) ημέρες από την παράδοση του ασφαλιστηρίου. Με την άσκηση του δικαιώματος αυτού, η ασφαλιστική σύμβαση θεωρείται ότι ουδέποτε έγινε και κατά συνέπεια δεν επιφέρει κανένα αποτέλεσμα και για τα δύο μέρη. Τα καταβληθέντα ασφάλιστρα επιστρέφονται. Διευκρινίζεται ότι η Εταιρία παρακρατεί το «Δικαίωμα Συμβολαίου» για την κάλυψη των λειτουργικών εξόδων της καθώς και τα τυχόν έξοδα στα οποία υποβλήθηκε προκειμένου να εκδώσει το ασφαλιστήριο.

β. Διαχείριση αιτιάσεων

Η Εταιρία διαθέτει σύστημα διαχείρισης αιτιάσεων, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στη σχετική Πράξη Εκτελεστικής Επιτροπής της Τράπεζας της Ελλάδος. Ως «αιτίαση» εννοείται η δήλωση δυσαρέσκειας που απευθύνεται στην ασφαλιστική εταιρία από πρόσωπο το οποίο σχετίζεται με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή με τις υπηρεσίες ασφάλισης που του παρέχονται. Αιτιάσεις ωστόσο δε θεωρούνται οι αναγγελίες ασφαλιστικών απαιτήσεων, οι αιτήσεις αποζημίωσης, καθώς και απλά αιτήματα που σχετίζονται με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο και την παροχή πληροφοριών ή διευκρινίσεων για αυτό. Η Εταιρία έχει ορίσει υπεύθυνο πρόσωπο που συντονίζει την ορθή και έγκαιρη διαδικασία διαχείρισης των αιτιάσεων που υποβάλλονται. Περισσότερες πληροφορίες για το σύστημα διαχείρισης αιτιάσεων θα βρείτε στην ιστοσελίδα της Εταιρίας www.interlife.gr

6. Έναρξη & Διάρκεια Ισχύος των Καλύψεων

Η ισχύς των καλύψεων, αρχίζει από την έκδοση του ασφαλιστηρίου υπό την προϋπόθεση ότι θα έχει πληρωθεί συνολικά (εκτός αν άλλως συμφωνηθεί κατά τα προβλεπόμενα στο άρθρο 146 του Ν. 4364/2016) το μικτό ασφάλιστρο. Η διάρκεια των καλύψεων ορίζεται στο ασφαλιστήριο.

7. Ασφάλιστρα

Το ακριβές ποσό των ασφαλιστρών ορίζεται στο ασφαλιστήριο. Το μικτό ασφάλιστρο είναι συνολικά προκαταβλητέο (εκτός αν άλλως συμφωνηθεί κατά τα προβλεπόμενα στο άρθρο 146 του Ν. 4364/2016) και τελεί σε συνάρτηση με τη διάρκεια της ασφάλισης και το οριζόμενο επισφάλιστρο.

8. Τρόπος Καταγγελίας του Ασφαλιστηρίου

Η καταγγελία του ασφαλιστηρίου, σε όσες περιπτώσεις προβλέπεται σχετικό δικαίωμα από το νόμο ή από το ασφαλιστήριο, γίνεται με έγγραφη δήλωση που γνωστοποιείται σ' αυτόν τον οποίο απευθύνεται (από τον συμβαλλόμενο στην Εταιρία ή από την Εταιρία στον συμβαλλόμενο).

Για την περίπτωση καταγγελίας από την εταιρία λόγω καθυστέρησης της καταβολής ληξιπρόθεσμης δόσης ασφάλιστρου, τα αποτελέσματα επέρχονται μετά την πάροδο δύο (2) εβδομάδων για ασφαλίσεις με διάρκεια μέχρι και ενός (1) έτους, και μετά την πάροδο ενός (1) μηνός για ασφαλίσεις με διάρκεια μεγαλύτερη του ενός (1) έτους από την κοινοποίηση της γραπτής δήλωσης στο συμβαλλόμενο.

Δικαιώματα Εναντίωσης & Υπαναχώρησης του Ασφαλισμένου

Πρώτο Δικαίωμα Εναντίωσης

1. Για κάθε τυχόν παρέκκλιση του παρόντος ασφαλιστηρίου από την πρόταση για ασφάλιση, ο λήπτης της ασφάλισης έχει δικαίωμα εναντίωσης, συμπληρώνοντας και αποστέλλοντας στην έδρα της Εταιρίας το σχετικό έντυπο υπόδειγμα δήλωσης εναντίωσης 1 που επισυνάπτεται στο παρόν ασφαλιστήριο, με συστημένη επιστολή, μέσα σε έναν (1) μήνα από την ημερομηνία παράδοσης σ' αυτόν του ασφαλιστηρίου.

Δεύτερο Δικαίωμα Εναντίωσης

2. Η παραλαβή του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, αν δεν αποδεικνύεται διαφορετικά τεκμαίρεται από την πληρωμή των ασφαλιστρών. Γίνεται αναφορά ότι παραδόθηκαν στο Λήπτη της Ασφάλισης: α. τα προβλεπόμενα από το Νόμο πληροφορικά στοιχεία με έντυπο, κατά την υποβολή της Πρότασης Ασφάλισης και β. οι Γενικοί και Ειδικοί Όροι κατά την παράδοση του Ασφαλιστηρίου. Σε περίπτωση που για οποιοδήποτε λόγο ο λήπτης της ασφάλισης δεν παρέλαβε έντυπο με τις πληροφορίες του άρθρου 150 του Ν. 4364/2016 ή παρέλαβε το παρόν ασφαλιστήριο χωρίς τους γενικούς και ειδικούς ασφαλιστικούς όρους που διέπουν την ασφάλιση, έχει δικαίωμα εναντίωσης, συμπληρώνοντας και αποστέλλοντας στην Εταιρία το σχετικό έντυπο υπόδειγμα δήλωσης εναντίωσης 2 που επισυνάπτεται στο παρόν ασφαλιστήριο, με συστημένη επιστολή, εντός δεκατεσσάρων (14) ημερών από την ημερομηνία παράδοσης σε αυτόν του Ασφαλιστηρίου.

Δικαίωμα Υπαναχώρησης

3. Αν το Ασφαλιστήριο έχει διάρκεια μεγαλύτερη του ενός (1) έτους ο λήπτης της Ασφάλισης δικαιούται, για λόγους ανεξάρτητους από τους αναφερόμενους στις παραπάνω περιπτώσεις (1) και (2), να υπαναχωρήσει από την παρούσα σύμβαση εντός δεκατεσσάρων (14) ημερών από την ημερομηνία παράδοσης σ' αυτόν του Ασφαλιστηρίου. Το δικαίωμα αυτό ασκείται με την εκ μέρους του λήπτη της Ασφάλισης έγγραφη δήλωση, που αποστέλλεται αποκλειστικά και μόνο με συστημένη επιστολή στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρίας.

Συνέπειες Άσκησης του Δικαιώματος Εναντίωσης ή Υπαναχώρησης

Σε περίπτωση που ο λήπτης της Ασφάλισης ασκήσει οποιοδήποτε από τα παραπάνω δικαιώματα Εναντίωσης ή Υπαναχώρησης, η Ασφαλιστική Σύμβαση ακυρώνεται από την έναρξή της, αμέσως και αυτόματα από την ημερομηνία παράδοσης στο ταχυδρομείο της προαναφερμένης συστημένης επιστολής ή εντύπου εναντίωσης που θεωρείται σαν μην έχει ποτέ εκδοθεί. Διευκρινίζεται ότι το δικαίωμα εναντίωσης ή υπαναχώρησης δεν μπορεί να ασκηθεί αν μέχρι την περίληψη στα Κεντρικά Γραφεία της Εταιρίας έχει δηλωθεί ζημία βάσει του Ασφαλιστηρίου για επελθόντα ασφαλιστικό κίνδυνο.

Προς την Ασφαλιστική Εταιρία **ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ Α.Α.Ε.Γ.Α.**
14° χλμ. Θεσσαλονίκης – Πολυγύρου, Τ.Θ. 60218, Τ.Κ. 57001 Θέρμη, Θεσσαλονίκη
Αρ. Γ.Ε.ΜΗ.: 057606004000

Συστημένη με απόδειξη παραλαβής

Δ Η Λ Ω Σ Η Ε Ν Α Ν Τ Ι Ω Σ Η Σ (άρθρου 2 παράγρ. 5 του Ν.2496/1997)

Σας δηλώνω την εναντίωσή μου ως προς το περιεχόμενο του με αριθμό ασφαλιστηρίου που μου παραδώσατε, διότι το περιεχόμενό του παρεκκλίνει από την πρόταση για ασφάλιση που σας υπέβαλα στα εξής σημεία:

.....
.....
.....

Κατόπιν τούτου, η μεταξύ μας σύμβαση ασφάλισης είναι άκυρη από την αρχή και ουδεμία ισχύ έχει το παραπάνω ασφαλιστήριο που μου παραδώσατε.

Ημερομηνία / /

Ο/Η Δηλών/ούσα

Προς την Ασφαλιστική Εταιρία **ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ Α.Α.Ε.Γ.Α.**
14° χλμ. Θεσσαλονίκης – Πολυγύρου, Τ.Θ. 60218, Τ.Κ. 57001 Θέρμη, Θεσσαλονίκη
Αρ. Γ.Ε.ΜΗ.: 057606004000

Συστημένη με απόδειξη παραλαβής

Δ Η Λ Ω Σ Η Ε Ν Α Ν Τ Ι Ω Σ Η Σ (άρθρου 2 παράγρ. 6 του Ν.2496/1997)

Σας δηλώνω την εναντίωσή μου ως προς τη σύναψη της μεταξύ μας ασφάλισης, δυνάμει του με αριθμό ασφαλιστηρίου που μου παραδώσατε, διότι:

- Δεν παρέλαβα έγγραφο με τις πληροφορίες που προβλέπονται από το άρθρο 150 του Ν.4364/2016.
- Το ασφαλιστήριο που παρέλαβα, μου παραδόθηκε χωρίς γενικούς και ειδικούς ασφαλιστικούς όρους.

Κατόπιν τούτου, η μεταξύ μας σύμβαση ασφάλισης είναι άκυρη από την αρχή και ουδεμία ισχύ έχει το παραπάνω ασφαλιστήριο που μου παραδώσατε.

Ημερομηνία / /

Ο/Η Δηλών/ούσα

Προς την Ασφαλιστική Εταιρία **ΙΝΤΕΡΛΑΪΦ Α.Α.Ε.Γ.Α.**
14° χλμ. Θεσσαλονίκης – Πολυγύρου, Τ.Θ. 60218, Τ.Κ. 57001 Θέρμη, Θεσσαλονίκη
Αρ. Γ.Ε.ΜΗ.: 057606004000

Συστημένη με απόδειξη παραλαβής

Δ Η Λ Ω Σ Η Π Α Ρ Α Λ Α Β Η Σ

Δηλώνω ότι παρέλαβα:

1. Το παρόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο με αριθμό _____
2. Τους γενικούς και ειδικούς όρους
3. Το έντυπο πληροφοριών του άρθρου 150 του Ν. 4364/2016
4. Τα υποδείγματα δηλώσεων εναντίωσης 1 και 2 που αναφέρονται σύμφωνα με τον Ν. 2496/1997

Ημερομηνία / /

Ο/Η Δηλών/ούσα