

Prime MED+^{PLUS}



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Prime
INSURANCE
Η Πρώτη Επιλογή



Prime Med Plus



Prime Med Plus από την Prime Insurance

Η Prime Insurance δημιούργησε το ολοκληρωμένο πρόγραμμα πρωτοβάθμιας κάλυψης Prime Med Plus που σας προσφέρει υψηλής ποιότητας ιατρικές υπηρεσίες σε ανταγωνιστικές τιμές!

Ενδεικτικά με το πρόγραμμα Prime Med Plus σας παρέχουμε:

- ✓ Δωρεάν απεριόριστες ιατρικές επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των Συμβεβλημένων Κλινικών του Δικτύου και σε όλες τις διαθέσιμες ιατρικές ειδικότητες για έκτακτα περιστατικά ή 10 ευρώ ανά προγραμματισμένη επίσκεψη
- ✓ Δωρεάν απεριόριστες ιατρικές επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των Συμβεβλημένων Παιδιατρικών Κλινικών και στις ιατρικές ειδικότητες Παιδιάτρου και Παιδοχειρουργού
- ✓ Δωρεάν απεριόριστες Διαγνωστικές εξετάσεις στα εξωτερικά ιατρεία των συμβεβλημένων κλινικών και Πολυιατρείων/Διαγνωστικών Κέντρων με χρήση ασφαλιστικού φορέα ΕΟΠΥΥ
- ✓ Ετήσιο Προληπτικό έλεγχο που περιλαμβάνει αιματολογικό- οφθαλμολογικό-οδοντιατρικό έλεγχο καθώς και λογοθεραπευτικό και ψυχιατρικό έλεγχο για παιδιά
- ✓ Αντιμετώπιση έκτακτου περιστατικού από ασθένεια ή ατύχημα έως 300 ευρώ ανά περιστατικό σε εξωτερικά ιατρεία των συμβεβλημένων κλινικών του Δικτύου
- ✓ Προσωπικό ατύχημα έως 1.500 ευρώ με κάλυψη 70%
- ✓ 24ωρη Εξυπηρέτηση Τηλεφωνικού Συντονιστικού Κέντρου για ραντεβού με ιατρό του Δικτύου

Καλύψεις-Παροχές

Για την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση, η PRIME INSURANCE συνεργάζεται με κορυφαία νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα σε όλη την Ελλάδα και σας εξασφαλίζει υψηλή ποιότητα υπηρεσιών, ελκυστικές παροχές και σημαντικές εκπτώσεις για ιατρικές επισκέψεις, διαγνωστικές εξετάσεις, φυσικοθεραπείες, πλήρη επίσηο προληπτικό έλεγχο υγείας (check-up), οφθαλμολογικές και οδοντιατρικές εξετάσεις και θεραπείες.

Ιατρικές Επισκέψεις

Απεριόριστες επισκέψεις σε Ιατρούς όλων των ειδικοτήτων	Δωρεάν (για έκτακτο περιστατικό) στα εξωτερικά ιατρεία των μεγαλύτερων Ιδιωτικών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων
	Με συμμετοχή 10€ για κάθε προγραμματισμένη επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία των μεγαλύτερων Ιδιωτικών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων και στα Πολυιατρεία
	Με συμμετοχή 15€ ή 20€ για κάθε προγραμματισμένη επίσκεψη σε Πανελλαδικό δίκτυο 1.800 επιλεγμένων ιδιωτικών ιατρείων

Διαγνωστικές Εξετάσεις

Απεριόριστες Διαγνωστικές Εξετάσεις στα εξωτερικά ιατρεία των μεγαλύτερων Ιδιωτικών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων και Πολυιατρείων καθώς και σε Πανελλαδικό δίκτυο επιλεγμένων Διαγνωστικών Κέντρων, ανεξάρτητα από ηλικία ή προϋπάρχουσα πάθηση	Με χρήση Ε.Ο.Π.Υ.Υ., Δωρεάν, μόνο στα εξωτερικά ιατρεία των μεγαλύτερων Ιδιωτικών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων και σε Πολυιατρεία
	Χωρίς χρήση Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στα εξωτερικά ιατρεία των κληνικών με συμμετοχή 15% επί του τιμοκαταλόγου τους
	Χωρίς χρήση Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με ειδικό διαμορφωμένο τιμοκατάλογο, μόνο στα Πολυιατρεία ή στα διαγνωστικά κέντρα του δικτύου
	Για έκτακτο περιστατικό είτε από ασθένεια είτε από ατύχημα, στα Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα: έως 300€ με 100% κάλυψη

Έξοδα Προσωπικού Ατυχήματος

Αποκλειστικά στα εξωτερικά ιατρεία των Συνεργαζόμενων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων, παρέχεται κάλυψη εξόδων λόγω ατυχήματος	Συμμετοχή 30% επί των εξόδων με όριο τα 1.500€ ανά περίπτωση
---	--

Δωρεάν Ετήσια Πρόληψη (Check Up)

Βασικός αιματολογικός έλεγχος	Δωρεάν, μια φορά ετησίως
Οφθαλμολογικός έλεγχος	Δωρεάν, μια φορά ετησίως
Οδοντιατρικός έλεγχος	Δωρεάν, μια φορά ετησίως

Οφθαλμολογική Κάλυψη

Διόρθωση Διαθλαστικών Ανωμαλιών με laser (Μυωπία, Αστιγματισμός, Στραβισμός, Υπερμετρωπία και Πρεσβυωπία)	με έκπτωση 50%
Αγορά γυαλιών οράσεως σε δίκτυο επιλεγμένων καταστημάτων οπτικών	Δωρεάν για αγορές έως 250€ (με χρήση παραπεμπτικού ιατρού ΕΟΠΥΥ) Χωρίς χρήση ΕΟΠΥΥ: Για αγορά γυαλιών άνω των 100€ παρέχεται επίδοτηση 80€ ή συμμετοχή 40%

Οδοντιατρική Κάλυψη

Απεριόριστες Οδοντιατρικές πράξεις και επεμβάσεις θεραπευτικής / χειρουργικής και αισθητικής οδοντιατρικής	με έκπτωση 50% επί συγκεκριμένου τιμοκαταλόγου
--	--

Φυσιοθεραπευτική Κάλυψη

Απεριόριστες Φυσιοθεραπευτικές συνεδρίες	με συμμετοχή 15€ ανά συνεδρία
Εξειδικευμένες Φυσιοθεραπευτικές πράξεις	με συμμετοχή 50% επί του τιμοκαταλόγου κάθε συμβεβημένου κέντρου

Εναλλακτική / Ολιστική Ιατρική, μέσω δικτύου Ομοιοπαθτικών Ιατρών και Ιατρών Βελονιστών

Απεριόριστες ιατρικές επισκέψεις σε ιατρούς ομοιοπαθτικούς	με συμμετοχή μέλους 30€ ανά επίσκεψη
Απεριόριστες Ιατρικές επισκέψεις σε ιατρούς βελονιστές	με συμμετοχή μέλους 25€ ανά επίσκεψη

Ψυχολογική Υποστήριξη – Διατροφή, μέσω δικτύου Ψυχολόγων και Διαιτολόγων/Διατροφολόγων

Τηλεφωνική ψυχολογική υποστήριξη	Δωρεάν
Απεριόριστες συνεδρίες συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης	με συμμετοχή μέλους 25€ ανά συνεδρία
Απεριόριστες επισκέψεις σε Διαιτολόγους/Διατροφολόγους	με συμμετοχή μέλους 20€ ανά επίσκεψη

Κάλυψη Θεραπείας Λόγου – Ομιλίας – Μάθησης, σε συνεργασία με πρότυπα Κέντρα Λογοθεραπείας

Αξιολόγηση λόγου και ομιλίας	Δωρεάν
Αξιολόγηση παιδοψυχιατρικών διαταραχών	Δωρεάν
Απεριόριστες Λογοθεραπευτικές συνεδρίες	με συμμετοχή μέλους 20€ ανά συνεδρία

ΕΤΗΣΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ
110,00 € (Κόστος για 1 μέλος)

ΕΤΗΣΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ
210,00 € (Κόστος για 2 μέλη)

ΕΤΗΣΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ
270,00 € (Κόστος από 3-6 μέλη)

Τηλεφωνικό Συντονιστικό Κέντρο **212 212 7979**, 24 ώρες το 24ωρο, 365 ημέρες το χρόνο διαθέσιμο στα μέλη του προγράμματος για να κλείνουν ΑΜΕΣΑ το ραντεβού τους με ιατρό του δικτύου

Σημείωση: Απαραίτητη για τη χρήση των παροχών του προγράμματος είναι η κλήση στο Τηλεφωνικό Συντονιστικό Κέντρο 212 212 7979 για τον ορισμό ραντεβού με ιατρό του δικτύου.



Αρ. Πρότασης _____ Κωδ. Συνεργάτη _____

Prime
INSURANCE

ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ PRIME MED PLUS

Εκδ.: 04/10/17

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ (ΛΗΠΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ)

Επίθετο _____ Όνομα _____ Πατρώνυμο _____
 Ημ/νια Γέννησης _____ Φύλο: Άνδρας Γυναίκα
 Αρ. Ταυτότητας _____ Α.Φ.Μ. _____ Δ.Ο.Υ. _____
 Αρ. Διαβατηρίου _____ Εκδούσα Αρχή _____ Υπηκοότητα _____
 Κύριο Επάγγελμα _____ Περιγραφή Ειδικότητας _____ Σχέση με Ασφαλισμένο _____
 Ταμείο Κοιν. Ασφάλισης _____ Βιβλιάριο Ασθενοείας: Ναι Όχι ΑΜΚΑ _____
 Διεύθυνση Κατοικίας _____ Τ.Κ./Πόλη _____
 Διεύθυνση Εργασίας _____ Τ.Κ./Πόλη _____ Τηλ.Εργασίας _____
 Σταθερό Τηλέφωνο _____ Κινητό Τηλέφωνο _____ Email _____
 Διεύθυνση Επικοινωνίας _____ Κατοικίας Εργασίας

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΥΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Επίθετο _____ Όνομα _____ Πατρώνυμο _____
 Ημ/νια Γέννησης _____ Φύλο: Άνδρας Γυναίκα
 Αρ. Ταυτότητας _____ Α.Φ.Μ. _____ Δ.Ο.Υ. _____
 Αρ. Διαβατηρίου _____ Εκδούσα Αρχή _____ Υπηκοότητα _____
 Κύριο Επάγγελμα _____ Περιγραφή Ειδικότητας _____
 Ταμείο Κοιν. Ασφάλισης _____ Βιβλιάριο Ασθενοείας: Ναι Όχι ΑΜΚΑ _____
 Διεύθυνση Κατοικίας _____ Τ.Κ./Πόλη _____
 Διεύθυνση Εργασίας _____ Τ.Κ./Πόλη _____ Τηλ.Εργασίας _____
 Σταθερό Τηλέφωνο _____ Κινητό Τηλέφωνο _____ Email _____
 Διεύθυνση Επικοινωνίας _____ Κατοικίας Εργασίας

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ (προς ασφάλιση)

Επίθετο	Όνομα	Πατρώνυμο	Ημ. Γέννησης	Επάγγελμα	Σχέση με Κυρίως Ασφαλισμένο	ΑΜΚΑ	Αριθμός Ταυτότητας

4. ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ – ΠΛΗΡΩΜΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

Συχνότητα Πληρωμής: Ετησίως

Μέθοδος Είσπραξης Ασφαλιστρών:

- On-Line Πληρωμή Ασφαλιστρών με χρήση Πιστωτικής/Χρεωστικής Κάρτας στην ηλεκτρονική διεύθυνση www.primeins.gr/payment (Δυνατότητα άτοκων δόσεων ισχύει μόνο για πληρωμή με χρήση Πιστωτικής Κάρτας)
- Με άλλο τρόπο. Θα σας γνωστοποιηθούν με την Έκδοση του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου

Σε σχέση με την υπό σύναψη Ασφαλιστική Σύμβαση με την Εταιρία μας, σας παρέχονται οι παρακάτω πληροφορίες:

1. Η πλήρης επωνυμία της συμβαλλόμενης Ασφαλιστικής Επιχείρησης είναι PRIME INSURANCE CO. LTD, Κυπριακή Ασφαλιστική Εταιρία, Υποκατάστημα Ελλάδας
2. Η έδρα της Ασφαλιστικής Εταιρίας βρίσκεται στην Κύπρο, Γωνία Διγενή Ακρίτα 55 & Ολυμπίας, στη Λευκωσία. Τα Κεντρικά Γραφεία του Υποκαταστήματος Ελλάδας βρίσκονται στο Χαλάνδρι, Λ. Μεσογείων 299 & Αιτωλίας 2.
3. Εφαρμοστέο Δίκαιο που διέπει την Ασφαλιστική Σύμβαση θα είναι το Ελληνικό.
4. Μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα, η Ασφαλιστική Εταιρία θα απαντά εγγράφως σε κάθε πρόβλημα ή παρατήρησή σας, για το οποίο η έγγραφη γνωστοποίηση και επικοινωνία θα κρίνεται απαραίτητη. Σε κάθε άλλη περίπτωση θα ικανοποιεί το ταχύτερο δυνατό κάθε αίτημά σας που κρίνεται εύλογο.

Προς την PRIME INSURANCE CO. LTD, Κυπριακή Ασφαλιστική Εταιρία, Υποκατάστημα Ελλάδος

Λ. Μεσογείων 299 @ Αιτωλίας 2, 152 31, Χαλάνδρι | Τηλ. 212 212 7800 | Fax 212 212 7899

e-mail info@primeins.gr | web site www.primeins.gr

Υπεύθυνος Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων: Μάνθα Βαρελά

ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ - ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

Δηλώνω ότι τα στοιχεία που έδωσα στην παρούσα και με αφορούν είναι αληθινά, πλήρη και χωρίς παραλείψεις. Συμφωνώ ότι τα στοιχεία αυτά, μαζί με τις ιατρικές εξετάσεις που πιθανόν να γίνουν, θα αποτελέσουν τη βάση της προτεινόμενης ασφάλισης. Η παρούσα υπέχει θέση αμετάκλητης εξουσιοδότησης προς οποιονδήποτε ιατρό, νοσοκομείο, διαγνωστικό κέντρο, ασφαλιστική εταιρία, ίδρυμα ή πρόσωπο, που έχει αποδείξει ή γνωρίζει κάτι για μένα ή για την υγεία μου, να δώσει στην PRIME INSURANCE CO. LTD, οποιαδήποτε πληροφορία η τελευταία κρίνει αναγκαία αποκλειστικά για τους παρακάτω λόγους: (α) την αξιολόγηση της παρούσας αίτησης ασφάλισης, (β) την καθ' οιονδήποτε χρονική στιγμή διαπίστωση της αλήθειας των προσυμβατικών μου δηλώσεων και (γ) για την περίπτωση κατά την οποία έχει υποβληθεί αίτηση αποζημίωσης στα πλαίσια της ασφαλιστικής κάλυψης που αιτούμαι με την παρούσα. Έλαβα επίσης γνώση του δικαιώματός της Εταιρίας να αρνηθεί την αίτησή μου για ασφάλιση ή να την κάνει αποδεκτή με όρους διαφορετικούς από αυτούς που ζητούνται, χωρίς υποχρέωση να αιτιολογήσει την απόφασή της. Όλα τα παραπάνω ισχύουν και για λογαριασμό των προστατευόμενων μελών σε περίπτωση που προτείνονται για ασφάλιση.

Συμφωνώ η ασφάλιση να ισχύσει μετά την αποδοχή από την Εταιρία σας αυτής της πρότασης μου, με την προϋπόθεση προηγούμενης εξόφλησης των ασφαλιστών και ότι μέχρι τότε δεν έχει αλλάξει η κατάσταση της υγείας και οι υπόλοιπες συνθήκες που επηρεάζουν την ασφαλισιμότητα του Ασφαλιζόμενου ή και των εξαρτώμενων μελών. Η παραπάνω πρότασή μου μαζί με τις έγγραφες συμπληρωματικές πληροφορίες και προϋποθέσεις, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της Ασφαλιστικής Σύμβασης.

Η παραπάνω δήλωσή μου ισχύει για κάθε ανανέωση της Ασφαλιστικής Σύμβασης, εκτός αν τροποποιηθεί με έγγραφο μου, που θα γίνει αποδεκτό εγγράφως από την Εταιρία.

Δηλώνω επίσης, ότι έλαβα γνώση για τα παρακάτω τα οποία και αποδέχομαι:

Η ασφαλιστική εταιρία PRIME INSURANCE CO. LTD τηρεί και επεξεργάζεται Αρχείο με προσωπικά δεδομένα των Ασφαλιζόμενων της, στα οποία περιλαμβάνονται και ευαίσθητα δεδομένα, με σκοπό την ομαλή λειτουργία και εκτέλεση της Ασφαλιστικής Σύμβασης. Αποδέκτης των προσωπικών δεδομένων των Ασφαλιζόμενων δύνανται να είναι διαμεσολαβούντα για την σύναψη της Σύμβασης Ασφάλισης πρόσωπα, Δημόσιες Αρχές βάσει επιταγών του Νόμου ή Δικαστικών Αποφάσεων, η Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών, τα ασφαλιστικά ταμεία, οι έχοντες δικαιώματα από τις ασφαλιστικές συμβάσεις, πραγματογνώμονες, γιατροί, νοσηλευτήρια, νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα, δικηγόροι, δικαστικοί επιμελητές και τρίτοι με του οποίους συνεργάζεται η Εταιρία για την παροχή των ασφαλιστικών καλύψεων.

Ο Λήπτης της Ασφάλισης ή/και Ασφαλιζόμενος έχει το δικαίωμα να λαμβάνει, κατόπιν γραπτού αιτήματός του και έναντι του ποσού που θα καθορίσει η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, τα στοιχεία που τον αφορούν προσωπικά ή και να προβάλει τυχόν εύλογες αντιρρήσεις, σύμφωνα με το όσα ορίζονται στο άρθρο 12 και 13 του Νόμου 2472/1997, και παντός μέσα στα πλαίσια της Ασφαλιστικής Σύμβασης. Η παραπάνω ασφαλιστική εταιρία έχει το δικαίωμα να χρησιμοποιεί τα προσωπικά δεδομένα του κάθε Ασφαλιζόμενου της, εκτός από τα ευαίσθητα, για προσωπικές ενέργειες, δικές της ή τρίτων, ο Ασφαλιζόμενος όμως μπορεί να καταργήσει οποτεδήποτε το παραπάνω δικαίωμα της ασφαλιστικής εταιρίας με γραπτή δήλωσή του προς αυτήν. Παρακαλώ, με βάση τα στοιχεία που δήλωσα να εκδώσετε αντίστοιχη Ασφαλιστική Σύμβαση.

ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ

Ημερομηνία Υπογραφής:

Ο Ασφαλισμένος

Ο Συμβαλλόμενος

ΕΚΘΕΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ

Όνοματεπώνυμο Συνεργάτη

Κωδικός

Γνωρίζετε κάποιο στοιχείο το οποίο μπορεί να επηρεάζει την ασφαλισιμότητα των προτεινόμενων προς ασφάλιση ατόμων,

Δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα Αίτηση Ασφάλισης συμπληρώθηκε και υπογράφηκε παρουσία μου, με επίδειξη αστυνομικής ταυτότητας ή του διαβατηρίου και επίσης δεσμεύομαι για τήρηση του απορρήτου σχετικά με προσωπικά δεδομένα των Ασφαλισμένων ή/και των Συμβαλλομένων.

(υπογραφή)

Ο Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής

Είμαστε δίπλα σας κάθε στιγμή,
με κάθε τρόπο!



**Καλέστε την Τηλεφωνική μας Εξυπηρέτηση στο
212 212 7800** (καθημερινές 09:00-21:00) | Fax **212 212 7892**



Γραμμή Φροντίδας: 212 212 7979 (24ωρη εξυπηρέτηση)



Επισκεφθείτε μας στα κεντρικά μας γραφεία

στη **Λεωφ. Μεσογείων 299 & Αιτωλίας 2 | 15231 Χαλάνδρι**
και στη **Θεσσαλονίκη: Τιμισκή 17, 5ος ορ., 546 24, Τηλ. 2310 244917 | Fax 2310 234618**



Στείλτε μας Mail στο info@primeins.gr



Επισκεφθείτε το Site στο www.primeins.gr

Ακολουθείτε μας στα Social Media:



www.facebook.com/PrimeInsuranceGreece



www.youtube.com/user/PrimeInsuranceGreece



www.instagram.com/primeinsuranceGreece