

Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο Νο: XXXXXXXX  
Όνοματεπώνυμο Συμβαλλομένου XXXXXXXX του XXXXX  
Διεύθυνση επικοινωνίας XXXXXXXX

Αγαπητέ ασφαλισμένε,

Σας ευχαριστούμε που έχετε επιλέξει την Εθνική Ασφαλιστική για την ασφάλιση της υγείας σας.

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. Στο πλαίσιο αυτό, με βάση τους όρους του ασφαλιστηρίου σας, η Ανώνυμος Ελληνική Εταιρία Γενικών Ασφαλειών «Η ΕΘΝΙΚΗ» που στο εξής θα αποκαλείται «Η Εταιρία» **ανανεύνει** το συμβόλαιό σας για ένα ασφαλιστικό έτος.

Η ανανέωση του Συμβολαίου Υγείας που θα βρείτε στις σελίδες που ακολουθούν, περιλαμβάνει τις παρακάτω ενότητες:

- τα στοιχεία του συμβολαίου καθώς και τα στοιχεία των ασφαλισμένων με τις αντίστοιχες ασφαλιστικές καλύψεις και τα αντίστοιχα ετήσια ασφάλιστρα τους (Ενότητες Α & Β)
- το ασφάλιστρο των επόμενων δόσεων με τις αντίστοιχες ημερομηνίες οφειλής (Ενότητα Γ)
- τυχόν τροποποιήσεις στους Όρους Ασφάλισης και στις παροχές (Ενότητα Δ)
- υποδείγματα Δηλώσεων Εναντίωσης και Υπαναχώρησης

Σύμφωνα με όσα αναφέρονται στην ανανέωση του υπ' αριθμ. XXXXXX Συμβολαίου Υγείας και εφόσον καταβληθεί ολόκληρο το οφειλόμενο ασφάλιστρο ή η πρώτη δόση της τμηματικής καταβολής αυτού, εάν έχετε συμφωνήσει με την Εταιρία να πληρώνετε σε τμηματικές δόσεις (στις ημερομηνίες που έχουν συμφωνηθεί στο ειδοποιητήριο ανανέωσης της ασφάλισής σας), που ανέρχεται σε **Χ.ΧΧΧ,00 €** κατά την ημερομηνία οφειλής **ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ**, το ασφαλιστήριο σας θα ανανεωθεί για ένα ασφαλιστικό έτος. Στην ειδοποίηση πληρωμής που θα παραλάβετε αναγράφονται όλες οι πληροφορίες που αφορούν στην καταβολή του ασφάλιστρου.

Η ανανέωση θα ισχύσει για την ασφαλιστική περίοδο από **ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ** έως **ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ+1**.

Σε περίπτωση που μέχρι την **ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ** δεν έχει εξοφληθεί το ασφάλιστρο, η ανανέωση του συμβολαίου σας δεν θα ισχύσει, χωρίς άλλη ειδοποίηση.

Μπορείτε να εγγραφείτε εύκολα και γρήγορα στη διαδικτυακή πλατφόρμα MyEthniki για να έχετε την πλήρη εικόνα των συμβολαίων σας και μια σειρά από βελτιωμένες ψηφιακές υπηρεσίες στο κινητό τηλέφωνο, στο tablet και στον υπολογιστή σας. Με την εγγραφή σας θα αποκτήσετε πρόσβαση στις παροχές και τις καλύψεις του συμβολαίου σας, θα πληρώνετε εύκολα τα ασφάλιστρά σας και κατεβάζετε χρήσιμα έγγραφα για την ασφάλισή σας. Μέλη μπορούν να γίνουν όλοι οι πελάτες της Εθνικής Ασφαλιστικής που είναι φυσικά πρόσωπα.

Τέλος, για οποιαδήποτε επιπλέον πληροφορία χρειαστείτε, σχετικά με την ανανέωση του ασφαλιστηρίου σας, μπορείτε να επικοινωνείτε είτε με τον ασφαλιστικό σας διαμεσολαβητή είτε με το Κέντρο Εξυπηρέτησης Πελατών της Εθνικής Ασφαλιστικής, στο τηλ. 210-90.99.000 (από Ελλάδα και εξωτερικό)\*.

\*Αστική χρέωση βάσει του τιμολογίου του παρόχου σας για κλήσεις προς σταθερά.

## Ανανέωση Συμβολαίου Υγείας με αριθμό XXXXXX

### Ενότητα Α. Στοιχεία Συμβολαίου

Συμβαλλόμενος: XXXXX του XXXXXX Ημ/νία Έναρξης ασφάλισης: HH/MM/EEEE  
 Διεύθυνση  
 Επικοινωνίας: XXXXXX Τ.Κ XXXX Ημ/νία Λήξης ασφάλισης: HH/MM/EEEE  
 Συχνότητα πληρωμής: XXXXXXX

### Ενότητα Β. Στοιχεία Ασφαλισμένων, Ασφαλιστικές καλύψεις και Ετήσιο καθαρό ασφάλιστρο κάλυψης

Ασφαλιζόμενο κεφάλαιο | Ετήσιο καθαρό ασφάλιστρο σε Ευρώ

**Ασφαλισμένος: XXXXXXXXXXXXX**

**Ημ/νία γέννησης: HH/MM/EEEE**

Έξοδα Νοσοκομειακής Περίθαλψης	X Θέση Ετήσια Απαλλαγή X €	XXXX
Έξοδα από ατύχημα	XXXX €	XXXX
Έξοδα Διαγνωστικών Εξετάσεων	XXXX €	XXXX
Ασφάλιση Διαρκούς Ολικής Ανικανότητας	XXXXX	XXXX
Ασφάλιση Σοβαρών Ασθενειών	XXXXX	XXXX
Άμεση Ιατρική Βοήθεια	NAI	XXXX
Προστασία Πληρωμών Ασφαλισμένου	XXXXX	XXXX
Επείγοντα Περιστατικά	X € Συμμετοχή X%	XXXX
Full Ασφάλιση Ζωής	XXXXX	XXXX

**Εξαρτώμενος σύζυγος/σύντροφος: XXXXXXXX Ημ/νία γέννησης: HH/MM/EEEE**

Έξοδα Νοσοκομειακής Περίθαλψης	X Θέση Ετήσια Απαλλαγή X€	XXXX
Έξοδα από ατύχημα	X €	XXXX
Έξοδα Διαγνωστικών Εξετάσεων	X €	XXXX
Άμεση Ιατρική Βοήθεια	NAI	XXXX
Επείγοντα Περιστατικά	X € Συμμετοχή X %	XXXX

**Εξαρτώμενο τέκνο: XXXXXXXXXXXX Ημ/νία γέννησης: HH/MM/EEEE**

Έξοδα Νοσοκομειακής Περίθαλψης	X Θέση Ετήσια Απαλλαγή X €	XXXX
Έξοδα από ατύχημα	X €	XXXX
Έξοδα Διαγνωστικών Εξετάσεων	X €	XXXX
Άμεση Ιατρική Βοήθεια	NAI	XXXX
Επείγοντα Περιστατικά	X € Συμμετοχή X %	XXXX

## Ενότητα Γ. Συνολικό Νέο Ασφάλιστρο Δόσης

Ανάλυση Δόσης Ασφαλίστρου Συχνότητα πληρωμής ΧΧΧΧ			
Συνολικό Καθαρό Ασφάλιστρο:		Μικτό Ασφάλιστρο:	
Φόρος Ασφαλιστρών:		Ημερομηνίες Πληρωμής δόσεων ασφαλίστρου:	
Εγγυητικό Κεφάλαιο:			
Δικαίωμα συμβολαίου:			

## Ενότητα Δ. Μεταβολές σε Όρους & Παροχές της αρχικής Σύμβασης

Η Εθνική Ασφαλιστική με γνώμονα πάντα την καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων της ως προς τους καλυπτόμενους κινδύνους και τις παροχές που έχει αναλάβει να προσφέρει μέσω των ασφαλιστήριων συμβολαίων που ανανεώνονται ετησίως, παρακολουθεί διαρκώς τις τάσεις της αγοράς και σε συνάρτηση με τις αλλαγές του οικονομικού περιβάλλοντος προσαρμόζει τακτικά τις παροχές ή και τους όρους ασφάλισης έτσι ώστε να εξασφαλίζει τις πιο σύγχρονες και πρωτοπόρες ασφαλιστικές υπηρεσίες για την πληρέστερη ικανοποίηση των αναγκών σας.

Σας ενημερώνουμε ότι για το επόμενο ασφαλιστικό έτος οι Παροχές σας παραμένουν ως έχουν ενώ μεταβάλλεται/προστίθεται/παύει να ισχύει το περιεχόμενο του/των παρακάτω Άρθρου/ων των Όρων Ασφάλισης.

Οι Όροι Ασφάλισης με ενσωματωμένες τις παρακάτω τροποποιήσεις, ισχύουν για ασφαλιστήρια συμβόλαια Full Health - Νοσοκομειακή Περίθαλψη και έχουν αναρτηθεί στην ιστοσελίδα της Εταιρίας [www.ethnikiasfalistikiki.gr](http://www.ethnikiasfalistikiki.gr) και συγκεκριμένα στην ενότητα «Εξυπηρέτηση →Υγεία», <https://www.ethnikiasfalistikiki.gr/support/health>.

**Θα πρέπει να μελετήσετε προσεκτικά τους Όρους Ασφάλισης πριν προχωρήσετε στην καταβολή των ασφαλιστρών για το επόμενο ασφαλιστικό έτος και στην ανανέωση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου σας.**

A/A	Κάλυψη	Ενότητα Όρων	Ενότητα Όρων ή Άρθρο Ασφάλισης	Ενέργεια
1	Έξοδα Νοσοκομειακής Περίθαλψης	Ενότητα Γ.	Άρθρο 4 - Καλύψεις με περίοδο αναμονής	Προσθήκη κειμένου για την έναρξη ισχύος των καλύψεων σε περίπτωση μεταβολής ποσού απαλλαγής.
2	Έξοδα Νοσοκομειακής Περίθαλψης	Ενότητα Γ.	Άρθρο 2 παρ.Β,14 - Αναλυτική Περιγραφή Παροχών Κάλυψης Νοσοκομειακής Περίθαλψης	Διαγραφή της διαγνωστικής ιατρικής πράξης «Ουρηθροκυστεοσκόπηση» από την λίστα καθώς αλληλοκαλύπτεται με την «Κυστεοσκόπηση με ή χωρίς λήψη βιοψίας ουροδόχου κύστης». Η Αναδιατύπωση ιατρικών πράξεων

3	Έξοδα Νοσοκομειακής Περίθαλψης	Ενότητα Γ.	Γ3. Πίνακας Ανωτάτων Ορίων Ιατρικών Αμοιβών/ Πίνακες Χειρουργικών Επεμβάσεων ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΝΩΤΑΤΩΝ ΟΡΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΜΟΙΒΩΝ / Πίνακας Αμοιβών Ιατρών για Χημειοθεραπείες	Διαγραφή της ιατρικής παρακολούθησης για «περιοχικές θεραπείες»
4	Έξοδα Νοσοκομειακής Περίθαλψης	Ενότητα Γ.	Ενότητα Γ3 «Πίνακες Ανώτατων Ορίων Ιατρικών Αμοιβών/Πίνακες Χειρουργικών Επεμβάσεων»	Προσθήκη μίας νέας κατηγορίας στην λίστα των χειρουργικών επεμβάσεων και συγκεκριμένα η κατηγορία « <b>ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ - ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ</b> ».

#### Σημαντικές Πληροφορίες

- Τυχόν ειδικοί όροι, εξαιρέσεις και παρεκκλίσεις που έχουν οριστεί είτε στην έναρξη του Ασφαλιστηρίου (Σελίδα Ειδικών Όρων) είτε με Πρόσθετη Πράξη κατά τη διάρκεια ισχύος του Ασφαλιστηρίου, δεν μεταβάλλονται με την παρούσα ανανέωση.
- Όσα αναφέρονται παραπάνω μαζί με τυχόν αλλαγές της παρούσας ανανέωσης αποτελούν το ενιαίο σύνολο της ασφαλιστικής σύμβασης.

Αθήνα, ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ

Η ΕΘΝΙΚΗ  
 ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

**Δημήτρης Παπαχρήστου**

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ (Α)

Προς την  
Α.Ε.Ε.Γ.Α «Η ΕΘΝΙΚΗ»  
Λεωφ. Συγγρού 103-105  
Αθήνα 11745

Συστημένη με απόδειξη παραλαβής

ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ  
(Άρθρο 2 Παράγρ.5 του Ν.2496/1997)

Επώνυμο:  
Διεύθυνση:  
Τ.Κ:

Όνομα:  
Πόλη:

Σας δηλώνω την εναντίωση μου ως προς το περιεχόμενο του με αριθμό

.....  
Ασφαλιστηρίου που μου παραδώσατε, διότι το περιεχόμενο του παρεκκλίνει από την αίτηση για ασφάλιση που σας υπέβαλα στα εξής σημεία:

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

.....  
Κατόπιν τούτου η μεταξύ μας σύμβαση ασφάλισης είναι άκυρη εξ αρχής ως μηδέποτε γενόμενη και ουδεμία ισχύ έχει το πιο πάνω Ασφαλιστήριο που μου παραδώσατε.

Ημερομηνία

...../...../.....

Ο Δηλών / Η Δηλούσα

(Υπογραφή)

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ Β

Προς την  
Α.Ε.Ε.Γ.Α «Η ΕΘΝΙΚΗ»  
Λεωφ. Συγγρού 103-105  
Αθήνα 11745

Συστημένη με απόδειξη παραλαβής

ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ  
(Άρθρο 2 Παράγρ.6 του Ν.2496/1997)

Επώνυμο:  
Διεύθυνση:  
Τ.Κ.:

Όνομα:  
Πόλη:

Σας δηλώνω την εναντίωση 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 στα άρθρα  
150 και 152 του Ν. 4364/2016

Το ασφαλιστήριο που παρέλαβα μου παραδόθηκε χωρίς τους όρους  
Ασφάλισης

Κατόπιν τούτου η μεταξύ μας σύμβαση ασφάλισης είναι άκυρη εξ αρχής ως  
μηδέποτε γενόμενη και ουδεμία ισχύ έχει το πιο πάνω Ασφαλιστήριο που μου  
παραδώσατε.

Ημερομηνία

...../...../.....

Ο Δηλών / Η Δηλούσα

(Υπογραφή)

Αριθμός Ασφαλιστηρίου XXXXXX

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ Γ

Προς την  
Α.Ε.Ε.Γ.Α «Η ΕΘΝΙΚΗ»  
Λεωφ. Συγγρού 103-105  
Αθήνα 11745

Συστημένη με απόδειξη παραλαβής

ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ

Επώνυμο:  
Διεύθυνση:  
Τ.Κ.:

Όνομα:  
Πόλη:

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 ασφαλιστρο και το 1/12 του ετήσιου ασφαλιστρού για τις συμπληρωματικές καλύψεις

Ημερομηνία  
(Ημέρα – Μήνας – Έτος)

Συμβαλλόμενος  
(Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή)