

ΟΡΟΙ / ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

1 ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Οι παροχές που αναφέρονται στον Πίνακα παροχών, ενεργοποιούνται τρεις ημέρες μετά την παραλαβή της βεβαίωσης συμμετοχής και έχουν ισχύ ένα (1) έτος από την ενεργοποίησή τους.

2 ΟΡΙΣΜΟΙ

Μέλος Συμβεβλημένου Δικτύου: Κάθε Νοσηλευτικό ίδρυμα ή Διαγνωστικό κέντρο ή Πολυιατρείο ή Ιδιωτικό ιατρείο ή Οδοντιατρείο ή Οφθαλμολογικό και οποιασδήποτε άλλης μορφής ιατρική εταιρία που συνεργάζεται με την Εταιρία και παρέχει υπηρεσίες υγείας. Ιατρική Επίσκεψη: Θεωρείται η λήψη ιστορικού, η διάγνωση, η σύσταση θεραπευτικής αγωγής και η εκτίμηση αποτελεσμάτων διαγνωστικών εξετάσεων που έχουν συσταθεί. Βεβαίωση Συμμετοχής: Θεωρείται η βεβαίωση με την οποία εφοδιάζει η εταιρία τα μέλη της, στην οποία αναγράφεται ο αριθμός συμβολαίου, η ημερομηνία έναρξης ισχύος του προγράμματος και το ονοματεπώνυμο του μέλους.

3 ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΜΕΛΟΥΣ

Το μέλος που επιθυμεί να κάνει χρήση των παροχών του, έχει την υποχρέωση: α) Να επικοινωνεί με το Τηλεφωνικό Συντονιστικό Κέντρο μέσω του οποίου θα λαμβάνει οδηγίες σχετικά με την παροχή που επιθυμεί να λάβει. β) Να προσκομίζει την Βεβαίωση Συμμετοχής του προγράμματος καθώς και αποδεικτικά στοιχεία της ταυτότητάς του, όπως, ενδεικτικά αναφερόμενα, το Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας, Διαβατήριο σε ισχύ κ.α. και να διευκολύνει τον έλεγχο της ταυτοπροσωπίας του, όταν αυτό ζητείται στα πλαίσια χρήσης των υπηρεσιών του προγράμματος, από μέλος του Συμβεβλημένου Δικτύου.

4 ΕΥΘΥΝΗ ΕΤΑΙΡΙΑΣ

Η εταιρία ουδεμία ευθύνη φέρει για την ποιότητα και την ορθότητα, σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής δεοντολογίας και επιστήμης, των υπηρεσιών που θα παρέχονται προς τον πελάτη, με βάση την παρούσα συνδρομητική σύμβαση από τα μέλη του Συμβεβλημένου Δικτύου καθώς και το πάσης φύσης προσωπικό τους, όπως επίσης για τις πράξεις ή τις τυχόν παραλείψεις τους.

5 ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η New Health System, διατηρεί το δικαίωμα αλλαγής-τροποποίησης του συμβεβλημένου ιατρικού δικτύου με την υποχρέωση ενημέρωσης του site της και στην ενότητα "ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΔΙΚΤΥΟΥ"

6 GDPR ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ

Η New Health System "NHS" εφαρμόζει και συμμορφώνεται πλήρως με την κείμενη νομοθεσία περί Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, τόσο τον Ν. 2472/1997 όσο και τον κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου & του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 [(GDPR – General Data Protection Regulation)- "Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων"]. Η εταιρία έχει λάβει τη συναίνεση των μελών για την εκχώρηση των προσωπικών τους δεδομένων & τα παραχωρεί στην NHS ώστε να τους παράσχει τις προαναφερόμενες υπηρεσίες υγείας.

7 ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί πλήρως για το ασφαλιστικό πρόγραμμα πρωτοβάθμιας περίθαλψης "ΕΠΙΧΕΙΡΟΥΜΕ ΥΓΕΙΕΣ" και συναινώ και εγκρίνω την εκ μέρους του Επιμελητηρίου Μαγνησίας διαβίβαση των προσωπικών μου στοιχείων και δεδομένων που απαιτούνται για τη συμμετοχή μου στο εν λόγω πρόγραμμα αφάλισης υγείας προς την εταιρεία NEW HEALTH SYSTEM.

(Προσωπικά στοιχεία: όνομα, επώνυμο, πατρώνυμο, Α.Φ.Μ., Α.Μ.Κ.Α., τηλ., e-mail, Δ/ση κατοικίας)

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ



Όνοματεπώνυμο:

Αρ. Συμβολαίου:

Ημερομηνία Έναρξης:

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ

Για την χρήση των παροχών του προγράμματος σας, παρακαλώ επικοινωνήστε με το Ιατρικό Συντονιστικό Κέντρο της Ν.Η.Σ. , στο τηλέφωνο 211 1016 994 το οποίο λειτουργεί 24 ώρες το 24ώρο