

Ομαδική Ασφάλιση
Προσωπικών Ατυχημάτων

Ο Κάτοχος του Ασφαλιστηρίου: Παγκύπρια Συνομοσπονδία Ομοσπονδιών Γονέων Σχολείων Δημοτικής Εκπαίδευσης

Ασφαλισμένα Πρόσωπα: Παιδιά του Κατόχου του Ασφαλιστηρίου

Κάλυψη: 24 Ώρες / 365 ημέρες τον χρόνο / Παγκόσμια Κάλυψη

Πίνακας Παροχών (ανά ασφαλισμένο πρόσωπο)

	Ασφαλισμένα Ποσά
Θάνατος από ατύχημα	€2000
Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από ατύχημα	€20.000
Μόνιμη Μερική Ανικανότητα από ατύχημα (% βάση πίνακα)	€20.000
Ιατρικά έξοδα από ατύχημα ανά περιστατικό	€2.500
Μέγιστο ποσό για οδοντιατρικά μετά από ατύχημα – ανά περιστατικό	€500 σαν υπό όριο των €2.500 παραπάνω
Μέγιστο ποσό για οδοντιατρικά μετά από ατύχημα – ανά περιστατικό	€500 σαν υπό όριο των €2.500 παραπάνω

Όροι & Προϋποθέσεις

- Σε περίπτωση γεγονότος που χρήζει απαίτησης θα πρέπει να δηλώνεται εντός 30 ημερών.
- Κατά την έναρξη ασφάλισης θα πρέπει να δηλωθούν ο αριθμός και τα στοιχεία των παιδιών
- Η ασφαλιστική κάλυψη τερματίζεται αμέσως για όσα παιδιά αποχωρούν από το σχολείο για οποιαδήποτε αιτία.
- Εξαιρείται σωματικός τραυματισμός που προκλήθηκε από χρήση οποιουδήποτε μηχανοκίνητου οχήματος.
- Εξαιρείται σωματικός τραυματισμός που προκλήθηκε από ενδοσχολική/εξωσχολική βία ή βιοπραγίες.
- Εξαιρείται σωματικός τραυματισμός που προκλήθηκε από την χρήση κροτίδων
- Ασφαλιστική κάλυψη προσφέρεται στους μαθητές από την Α΄ τάξης μέχρι την Στ΄ τάξη του Δημοτικού των οποίων η φοίτηση θα αρχίσει τον Σεπτέμβριο του 2023.
- Η Ασφαλιστική κάλυψη των μαθητών προσφέρεται για όλες γενικά της εκδηλώσεις/δραστηριότητες τους, τόσο εντός όσο και εκτός του σχολικού χώρου (π.χ. αθλητισμός, ποδόσφαιρο κ.α)
- Όσον αφορά τα παιδιά με ειδικές ανάγκες είναι ασφαλισμένα πλήρως με τα πιο πάνω ωφελήματα.

Περιγραφή Παροχών

Θάνατος από Ατύχημα

Καταβάλλουμε στους δικαιούχους το ποσό που αναφέρεται στον Πίνακα Παροχών αν ένα ατύχημα προκαλέσει το θάνατο του ασφαλισμένου.

Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από Ατύχημα

Καταβάλλουμε το ποσό που αναφέρεται στον Πίνακα Παροχών αν ένα ατύχημα προκαλέσει Μόνιμη Ολική Ανικανότητα στον Ασφαλισμένο.

Σαν Μόνιμη Ολική Ανικανότητα θεωρείται η σωματική βλάβη που δεν επιτρέπει στον ασφαλισμένο να ασκήσει κάποιο επάγγελμα ή κάποια εργασία με αμοιβή ή για κέρδος, για τα οποία έχει τα απαιτούμενα προσόντα, με βάση τη μόρφωση, την ειδίκευση ή την πείρα του.

Μόνιμη Μερική Ανικανότητα από Ατύχημα

Αν κάποια σωματική βλάβη επιφέρει στον ασφαλισμένο, μέσα στα χρονικά όρια που καθορίζει το συμβόλαιο, μια από τις πιο κάτω απώλειες, η Εταιρεία θα καταβάλει τα παρακάτω ποσοστά πάνω στο ποσό που αναφέρεται στον Πίνακα Παροχών.

<u>Για την ΟΛΙΚΗ ΑΠΩΛΕΙΑ</u>	<u>ΔΕΞΙΟΥ</u>	<u>ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ</u>
- Ενός από τα άνω άκρα	70%	60%
- Του χεριού ή του αντιβραχίονα	60%	50%
- Ενός από τα κάτω άκρα πάνω από το γόνατο	60%	60%
- Το γόνατο ή κάτω από αυτό	50%	50%
- Του ποδιού	40%	40%
- Του αντίχειρα	18%	16%
- Του δείκτη του χεριού	14%	12%
- Του μικρού δακτύλου του χεριού	12%	10%
- Του μέσου δακτύλου του χεριού	6%	3%
- Του παράμετρο δακτύλου του χεριού	8%	6%
- Του μεγάλου δακτύλου του ποδιού		5%
- Οποιοσδήποτε άλλου δακτύλου του ποδιού		3%
- Της οράσεως από το ένα μάτι		50%
- Της οράσεως από τα δύο μάτια		100%
- Για ολική κώφωση του ενός αυτιού		10%
- Για την ολική κώφωση και των δύο αυτιών		100%

Αν κάποιος ασφαλισμένος είναι αποδεδειγμένο αριστερόχειρας τότε τα ποσοστά που αναφέρονται παραπάνω αντιστρέφονται. Στις παροχές αυτές υπάρχουν γενικά οι πιο κάτω εξαιρέσεις: αυτοκτονία, βακτηριακές μολύνσεις (εξαιρούνται οι πυογόνες μολύνσεις από τυχαία τομή ή τραύμα), οποιοσδήποτε ασθένειες, πόλεμος αεροπορικά ατυχήματα, εκτός αν οι ασφαλισμένοι ταξιδεύουν με κανονικό δρομολογημένο αεροπλάνο.

Ιατρικά έξοδα από ατύχημα

Αν ένας ασφαλισμένος υποβληθεί σε Ιατροφαρμακευτικά έξοδα μέσα ή έξω από το Νοσοκομείο / Κλινική, που προξενήθηκαν από ατύχημα, η Εταιρεία θα αποδώσει το 100% των εξόδων αυτών, μέχρι του ανώτατου ορίου που αναφέρεται στον πίνακα παροχών.

ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ /ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΛΟΓΩ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ :

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:

ΟΝΟΜΑ ΣΧΟΛΕΙΟΥ :

1. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : ΤΗΛ.

2. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ.....

3 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ : ΩΡΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ :

4. ΠΟΥ & ΠΩΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΒΗΚΕ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ (ΛΕΠΤΟΜΕΡΗΣ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ) :

.....

5. ΕΛΑΒΕ ΓΝΩΣΗ Η ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ΑΡΧΗ : (ΝΑΙ/ΟΧΙ)

6. ΠΟΙΟΣ ΕΔΩΣΕ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ : π.χ καθηγητής, γονέας, γιατρός κλπ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΤΗΛ.

7. ΠΑΡΟΝΤΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ (ΟΝΟΜΑ & ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ & ΤΗΛ) :

.....

8. ΟΝΟΜΑ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΠΟΥ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΑΤΕ ΜΕΤΑ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ :

9. ΘΕΡΑΠΩΝ ΓΙΑΤΡΟΣ, εάν είναι διαφορετικός από τον πρώτο γιατρό & ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ

10. ΔΙΑΓΝΩΣΗ :

.....

11. Εάν έγινε νοσηλεία δηλώστε μας το όνομα της Κλινικής/Νοσοκομείο και τις μέρες νοσηλείας :

Κλινική/ Νοσοκομείο : ΑΠΟ : ΜΕΧΡΙ :

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού, είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις.

Συμπληρώθηκε από Γονέα/Κηδεμόνα Ημερ. Υπογραφή

Υπογραφή Ασφαλισμένου Ημερ.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

- ΧΡΟΝΟΣ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ: **30 μέρες από την ημερομηνία του ατυχήματος.**
- ΧΡΟΝΟΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΕΝΤΥΠΩΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ : **90 μέρες από την ημερομηνία του ατυχήματος.**

ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ :

ΟΛΕΣ ΟΙ ΠΙΟ ΠΑΝΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΕΧΟΥΝ ΑΠΑΝΤΗΘΕΙ ΠΛΗΡΩΣ ΚΑΙ ΟΤΙ ΤΟ ΈΝΤΥΠΟ ΕΧΕΙ ΥΠΟΓΡΑΦΕΙ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΕΦΟΣΟΝ ΕΓΚΡΙΘΕΙ Η ΑΠΑΙΤΗΣΗ :

ΟΝΟΜΑ ΓΟΝΕΑ Η ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΣΤΟ ΟΠΟΙΟ ΘΑ ΚΑΤΑΤΕΘΕΙ ΤΟ ΠΟΣΟ ΤΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ (ΝΑ ΕΠΙΣΥΝΑΦΘΕΙ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΣ ΛΟΓ/ΣΜΟΣ-ΙΒΑΝ)

.....

Υπογραφή Γονέα η Κηδεμόνα

Ημερομηνία

ΓΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΧΡΗΣΗ :

Επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα

Σημείωση: Εάν αυτή η συγκατάθεση αφορά σε ανήλικο, αυτό το έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί από τον γονέα ή άλλο άτομο που ασκεί την γονική μέριμνα του παιδιού. Οι αναφορές στα "δεδομένα για την υγεία σας", "δεδομένα υγείας μου" και παρόμοιες αναφορές πρέπει να διαβάζονται ως αναφορές στα δεδομένα υγείας του ανήλικου.

Εμείς, η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου), από Λεωφόρο Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία, χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα όπως εξηγείται παρακάτω και θα είμαστε ο υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων που μας παρέχετε ή που συλλέγουμε για εσάς.

Ζητάμε τη συγκατάθεσή σας να επεξεργαστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα για τους παρακάτω σκοπούς:

1. Για να μπορέσουμε να εξετάσουμε την απαίτησή σας, θα χρειαστεί να επεξεργαστούμε τα δεδομένα υγείας που έχετε προσκομίσει ή που μπορεί να ζητηθεί να προσκομίσετε στο μέλλον, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων υγείας που έχετε προσκομίσει ή πιθανόν να προσκομίσετε σε σχέση με άλλα ασφαλιστήρια όταν αυτά είναι σχετικά. Στα πλαίσια αυτά ενδέχεται να χρειαστεί να μοιραστούμε τα δεδομένα υγείας σας με γιατρούς ή άλλους ειδικούς συμβούλους για να μας βοηθήσουν σε σχέση με την εξέταση της απαίτησής σας.

Εάν δεν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την απαίτησή σας και αυτή θα απορρίπτεται.

Εάν συμφωνείτε με αυτό, παρακαλώ σημειώστε το παρακάτω τετραγωνάκι.

Ναι, αποδέχομαι η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου) να επεξεργάζεται τα δεδομένα υγείας μου για τους πιο πάνω σκοπούς.

Έχετε το δικαίωμα να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή στέλνοντας επιστολή στη διεύθυνση Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία ή στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα (email) στη διεύθυνση ccd@metlife.com. Ωστόσο, αν αποσύρετε την συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την απαίτησή σας και αυτή θα απορρίπτεται. Αυτό δεν θα επηρεάσει οποιαδήποτε προηγούμενη επεξεργασία των δεδομένων σας μέχρι εκείνο το σημείο.

2. Μερικές φορές, μπορεί να χρειαστεί να ελέγξουμε τα δεδομένα υγείας που έχουμε για εσάς μαζί με το γιατρό σας ή άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας ή να λάβουμε πρόσθετα δεδομένα υγείας από αυτούς προκειμένου να εξετάσουμε κατάλληλα την απαίτησή σας. Όταν αυτό είναι απολύτως απαραίτητο, θα επικοινωνήσουμε με το γιατρό σας ή άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και θα τους ζητήσουμε να μας παράσχουν δεδομένα υγείας που έχουν για εσάς.

Σε περίπτωση που δεν παράσχετε τη συγκατάθεσή σας, ενδέχεται να μην μπορέσουμε να εξετάσουμε την απαίτησή σας, αν θεωρήσουμε ότι είναι σημαντικό να ελέγξουμε τα δεδομένα της υγείας σας με άλλες πηγές ή να λάβουμε πρόσθετες πληροφορίες από αυτές. Στην περίπτωση αυτή, η απαίτησή σας θα απορρίπτεται.

Εάν συμφωνείτε με αυτό, παρακαλώ σημειώστε το παρακάτω τετραγωνάκι.

Ναι, αποδέχομαι η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου) να επικοινωνεί με τον γιατρό μου ή άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και να τους ζητά να παρέχουν σε αυτή δεδομένα υγείας που έχουν για μένα για τους πιο πάνω σκοπούς.

Έχετε το δικαίωμα να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή στέλνοντας επιστολή στη διεύθυνση Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία ή στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα (email) στη διεύθυνση ccd@metlife.com. Ωστόσο, αν αποσύρετε την συγκατάθεσή σας ενόσω εκκρεμεί η απαίτησή σας, θα την απορρίψουμε αν θεωρήσουμε ότι είναι σημαντικό να ελέγξουμε τα δεδομένα της υγείας σας με άλλες πηγές ή να λάβουμε πρόσθετες πληροφορίες από αυτές. Αυτό δεν θα επηρεάσει οποιαδήποτε προηγούμενη επεξεργασία των δεδομένων σας μέχρι εκείνο το σημείο.

1. Εάν η απαίτησή σας εγκριθεί και αφορά ωφέλημα υγείας σε είδος, μπορεί να χρησιμοποιήσουμε τις υπηρεσίες τρίτων προσώπων για την παροχή του ωφελήματος αυτού. Σε τέτοιες περιπτώσεις, θα πρέπει να μοιραστούμε μαζί τους τα δεδομένα υγείας που έχουμε για εσάς.

Αν δεν παράσχετε τη συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να σας παρέχουμε το ωφέλημα σε είδος αν στηρίζομαστε σε τρίτους για κάτι τέτοιο.

Εάν συμφωνείτε με αυτό, παρακαλώ σημειώστε το παρακάτω τετραγωνάκι.

Ναι, αποδέχομαι η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου) να επεξεργάζεται τα δεδομένα υγείας μου για τους πιο πάνω σκοπούς.

Έχετε το δικαίωμα να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή στέλνοντας επιστολή στη διεύθυνση Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία ή στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα (email) στη διεύθυνση ccd@metlife.com. Ωστόσο, αν αποσύρετε την συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να σας παρέχουμε το σχετικό ωφέλημα σε είδος. Αυτό δεν θα επηρεάσει οποιαδήποτε προηγούμενη επεξεργασία των δεδομένων σας μέχρι εκείνο το σημείο.

Περισσότερες πληροφορίες

Η πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων μας η οποία αναφέρει με περισσότερη λεπτομέρεια τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα και τα δικαιώματά σας σε σχέση με τη χρήση αυτή εσωκλείεται και είναι επίσης διαθέσιμη στο www.metlife.com.cy.

Παρακαλούμε επιβεβαιώστε ότι έχετε διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων σημειώνοντας το παρακάτω τετραγωνάκι.

Ναι, επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων

Υπογραφή Ασφαλισμένου/ενήλικα εξαρτημένου/ γονέα σε περίπτωση ανήλικου εξαρτημένου

Ημερομηνία:

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ**Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό**

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς : Ηλικία :

1. Ημερομηνία Ατυχήματος :

1α. Ημερομηνία που εξετάσατε τον ασθενή για :

Πρώτη φορά : Τελευταία φορά : Σύνολο εξετάσεων

Εξετάστηκε ο ασθενής από άλλο γιατρό; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, από ποιον και πότε;

2. α) Ποια η αιτία του ατυχήματος απ' ότι γνωρίζετε;

β) Υπήρξαν σημάδια τραύματος στο σώμα που να μαρτυρούν την ύπαρξη ατυχήματος; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, περιγράψτε :

γ) Άλλες Κλινικές Διαπιστώσεις :

δ) Διάγνωση/Ακτινολογικά Ευρήματα (λεπτομερώς) :

ε) Θεραπεία που παρασχέθηκε :

3. α) Τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο πελάτης, προκλήθηκαν εξ' ολοκλήρου, απ' ευθείας και ανεξάρτητα από οποιαδήποτε άλλη αιτία, από το ατύχημα; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΟΧΙ, περιγράψτε :

β) Νοσηλεύθηκε στο παρελθόν για παρόμοιο περιστατικό; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες :

4. Ο ασθενής έμεινε κλινής στο Νοσοκομείο/Κλινική; Από : Μέχρι :

5. Έχει ο ασθενής αποθεραπευτεί; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΟΧΙ, αναφέρατε παρούσα κατάσταση και θεραπεία :

Δηλώνω ότι εξ' όσων γνωρίζω και πιστεύω όλες οι πιο πάνω δηλώσεις μου είναι αληθείς και ορθές.

Υπογραφή Γιατρού : Ειδικότητα : Ημερ. :

Όνοματεπώνυμο Γιατρού :

Αρ. Συμβολαίου : Όνομα Ασφαλ. : Υπογρ. Γονέα.

Θέμα: Οδηγίες χειρισμού των απαιτήσεων

Το παρόν έντυπο έχει στόχο την ενημέρωσή σας για τη διαδικασία υποβολής απαίτησης έτσι ώστε να τυγχάνουν γρήγορης και αποτελεσματικής διεκπεραίωσης.

Μπορείτε να προμηθευτείτε τα έντυπα απαίτησης από την γραμματέα του σχολείου σας ή μπορείτε να στείλετε email στο l.th.insurance@gmail.com για αποστολή των εντύπων.

Υπάρχουν **τρία** έντυπα τα οποία πρέπει να συμπληρωθούν:

- i. **Ιατρικό Πιστοποιητικό Ατυχήματος** όπου συμπληρώνετε από τον θεράποντα Ιατρό.
- ii. **Ειδοποίηση Απαίτησης Ασφαλισμένου Λόγω Ατυχήματος** όπου συμπληρώνετε από τον Γονέα ή Κηδεμόνα του ασφαλισμένου μαθητή.
- iii. **Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων** αποτελείται από **μία** σελίδα όπου υπογράφεται από τον Γονέα ή Κηδεμόνα του ασφαλισμένου.

Μαζί με τα πιο πάνω έντυπα πρέπει να προσκομίζονται:

1. Πρωτότυπες αποδείξεις και τιμολόγια
2. Report ακτινογραφιών (δεν παραλαμβάνονται cd ή πλάκες),
3. Φωτογραφίες στην περίπτωση που είναι ατύχημα στα δόντια
4. IBAN λογαριασμού του γονέα όπου θα γίνει κατάθεση το ποσό της αποζημίωσης.

Όλα τα έντυπα πρέπει να προσκομίζονται πρωτότυπα.

Ακολούθως θα πρέπει να επικοινωνήσετε με τον ασφαλιστικό σύμβουλο στα πιο κάτω τηλέφωνα 22455780, 22455772 ή 99424249 για ενημέρωση σχετικά με το περιστατικό και παράδοση των πιο πάνω συμπληρωμένων εγγράφων.

Η διεύθυνση των γραφείων μας είναι Ταμασσού 22Α, Τ.Κ. 2044, Στρόβολος, Λευκωσία.

Η αποστολή των εντύπων μπορεί να γίνεται και με το Acs Courier στο Acs Δευτεράς – Στράκκας στο όνομα Λεωνίδας Θεοδοσίου και το τηλέφωνο 99424249.

Σε περίπτωση γεγονότος που χρήζει απαίτησης αυτό θα πρέπει να δηλώνεται εντός 30 ημερών και έχετε μέχρι 90 ημέρες να τα παραδώσετε.

ΓΙΑΤΙ ΝΑ ΣΥΝΕΧΙΣΩ ΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ?

1. Φυσιοθεραπείες:

Από το ΓΕΣΥ χρεώνονται 10.00 ευρώ και υπάρχει όριο ανά ηλικία. Η Ασφαλιστική Εταιρεία καλύπτει και τις φυσιοθεραπείες εντός ΓΕΣΥ και εκτός ΓΕΣΥ μέχρι 500 ευρώ ανά περιστατικό.

2. Δόντια:

Η κάλυψη για σπάσιμο δοντιών από ατύχημα δεν καλύπτεται από το Γεσύ. Η Ασφαλιστική Εταιρεία καλύπτει από ατύχημα μέχρι 500 ευρώ ανά περιστατικό για σπάσιμο δοντιών.

3. Ορθοπεδικά Στηρίγματα:

Για παράδειγμα η μπότα προς αντικατάσταση του νάρθηκα δεν καλύπτεται από το Γεσύ.

4. Παραπεμπτικά σε Ορθοπεδικό:

Από Γιατρό του ΓΕΣΥ χρεώνεται 6.00 ευρώ. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει παραπεμπτικό χρεώνεται από το Ορθοπεδικό 25,00 ευρώ η επίσκεψη στο Γεσύ. Η Ασφαλιστική Εταιρεία καλύπτει και τα 6,00 ευρώ και τα 25,00 ευρώ.

5. Όριο Επισκέψεων στον Ιατρό:

Στην Ασφαλιστική Εταιρεία δεν υπάρχει όριο επισκέψεων στον Ιατρό. Στο Γεσύ είναι ανάλογα με την ηλικία του κάθε παιδιού.

6. Επιλογή Ιατρού:

Η Ασφαλιστική Εταιρεία παρέχει ελεύθερη επιλογή Ιατρού και στην Κύπρο αλλά και στο Εξωτερικό.

7. Νοσηλεία:

Σε περίπτωση νοσηλείας το ΓΕΣΥ καλύπτει μόνο δίκλινο δωμάτιο. Η Ασφαλιστική Εταιρεία μπορεί να καλύψει και μονόκλινο δωμάτιο.

8. Φάρμακα:

Το Γεσυ καλύπτει μόνο τα γενόσημα φάρμακα.

Η Ασφαλιστική Εταιρεία καλύπτει όλα τα φάρμακα και τα παυσίπονα.