

Προσφορά Ομαδικής Ασφάλισης Προσωπικών Ατυχημάτων

Ημερομηνία Υποβολή Προσφοράς: 22/01/2025

Περίοδος Ασφάλισης: 01/07/2025 – 30/06/2025

Κάτοχος του Ασφαλιστηρίου: **ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΣΧΟΛΕΙΩΝ ΜΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ**

Ασφαλισμένα Πρόσωπα: **ΜΑΘΗΤΕΣ ΠΟΥ ΦΟΙΤΟΥΝ ΣΤΑ ΓΥΜΝΑΣΙΑ, ΛΥΚΕΙΑ, ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ ΤΗΣ ΜΕΣΗΣ ΕΚΠ. ΕΠΑΡΧΙΑΣ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΤΟΧΟΥ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ**

Κάλυψη: 24ωρη - Παγκόσμια

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	
Περιγραφή παροχής	Ασφαλισμένο Κεφάλαιο ανά άτομο (€)
60CS - Απώλεια Ζωής από ατύχημα	€ 2.000
Μόνιμη Ολική ή Μερική Ανικανότητα από ατύχημα	€ 17.000
61A - Ιατρικά έξοδα από ατύχημα ανά περιστατικό	€ 1.500
• Ανώτατο Όριο για φυσικοθεραπείες από ατύχημα	€ 350
Αφαιρετέο ποσό ανά απαίτηση	€ 40

Η MetLife Europe d.a.c., είναι εταιρεία περιορισμένης ευθύνης που έχει συσταθεί στη Δημοκρατία της Ιρλανδίας.

Αριθμός εγγραφής: 415123

Εγγεγραμμένη Διεύθυνση: 20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Ireland Η MetLife Europe d.a.c. είναι εγγεγραμμένη στον Έφορο Εταιρειών ως αλλοδαπή εταιρεία. Αριθμός εγγραφής: AE 2955

Εγγεγραμμένη Διεύθυνση: Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087, Λευκωσία, Κύπρος.

E-mail: contact@metlife.com

“Η MetLife Europe d.a.c. (Cyprus) σύμφωνα με τους Κανονισμούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ασφαλίσεων και Αντασφάλισης) του 2015 της Ιρλανδίας είναι εξουσιοδοτημένη για την ανάληψη δραστηριοτήτων ασφάλισης ζωής στις ακόλουθες κατηγορίες: I, III, IV, VI και την ανάληψη δραστηριοτήτων ασφάλισης ζημιών στις ακόλουθες κατηγορίες: 1,2.”

Όροι & προϋποθέσεις

- Προϋπάρχοντες τραυματισμοί δεν καλύπτονται.
- Το ασφαλιστρο για κάθε μέλος θα υπολογίζεται με την ισχύ του ασφαλιστήριου σε ετήσια βάση και δεν θα επιστρέφεται ή να υπολογίζεται αναλογικά για τυχόν αποχωρήσεις.
- Νέες προσθήκες κατά τη διάρκεια της χρονιάς θα γίνονται μόνο με την καταβολή ολόκληρου του ετήσιου ασφαλιστρού.
- Η ασφαλιστική κάλυψη τερματίζεται αμέσως για όσα μέλη αποχωρούν από τον Κάτοχο του Ασφαλιστηρίου για οποιαδήποτε αιτία.
- Ο Πίνακας Παροχών παρουσιάζει μια γενική εικόνα των καλύψεων που προσφέρονται, σημειώστε όμως ότι οι καλύψεις αυτές υπόκεινται στους Όρους και Κανονισμούς που αναφέρονται αναλυτικά στο συμβόλαιο μας.
- Εξαιρείται οποιαδήποτε απώλεια ή έξοδα για σωματικό τραυματισμό που συμβαίνει ενόσω το Ασφαλισμένο Πρόσωπο συμμετέχει σε **Αγώνες** ποδηλασίας, ιππασίας, jet ski, κατάδυση, water sports, Σκι.
- Εξαιρείται σωματικός τραυματισμός προκλήθηκε από οποιαδήποτε μορφή βίας ή βιαιοπραγίες.
- Εξαιρείται σωματικός τραυματισμός που προκλήθηκε από χρήση κροτίδων.
- Η προσφορά αυτή ισχύει για την περίοδο 01/07/2024 – 30/06/2025.
- Η κάλυψη που θα παρέχεται κάτω από το συμβόλαιο θα είναι σε μελλοντική βάση χωρίς οποιαδήποτε αναδρομική ισχύ.
- Για να ισχύει η προσφορά θα πρέπει κατά την έναρξη του συμβολαίου να είναι τουλάχιστον το 75% του αριθμού των ασφαλισμένων ως αναφέρεται πιο πάνω.

Η MetLife Europe d.a.c., είναι εταιρεία περιορισμένης ευθύνης που έχει συσταθεί στη Δημοκρατία της Ιρλανδίας.

Αριθμός εγγραφής: 415123

Εγγεγραμμένη Διεύθυνση: 20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Ireland Η MetLife Europe d.a.c. είναι εγγεγραμμένη στον Έφορο Εταιρειών ως αλλοδαπή εταιρεία. Αριθμός εγγραφής: AE 2955

Εγγεγραμμένη Διεύθυνση: Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087, Λευκωσία, Κύπρος.

E-mail: contact@metlife.com

“Η MetLife Europe d.a.c. (Cyprus) σύμφωνα με τους Κανονισμούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ασφαλίσεων και Αντασφάλισης) του 2015 της Ιρλανδίας είναι εξουσιοδοτημένη για την ανάληψη δραστηριοτήτων ασφάλισης ζωής στις ακόλουθες κατηγορίες: I, III, IV, VI και την ανάληψη δραστηριοτήτων ασφάλισης ζημιών στις ακόλουθες κατηγορίες: 1,2.”

Περιγραφή Παροχών

Απώλεια Ζωής 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. Ολικά και Μόνιμα Ανίκανος σημαίνει ότι ο Ονομαζόμενος Ασφαλισμένος αδυνατεί να παρακολουθήσει οποιοδήποτε σχολείο για μόρφωση και επίσης να ασχοληθεί με οποιοδήποτε επάγγελμα ή απασχόληση στο μέλλον.

Μόνιμη Μερική Ανικανότητα από Ατύχημα

Καταβάλλουμε το ποσό που αναφέρεται στον Πίνακα Παροχών αν ένα ατύχημα προκαλέσει Μόνιμη Μερική Ανικανότητα στον ασφαλισμένο. Μερικώς και Μόνιμα Ανίκανος σημαίνει ότι ο Ονομαζόμενος Ασφαλισμένος αδυνατεί να ασχοληθεί με οποιοδήποτε επάγγελμα ή απασχόληση επ' αμοιβή ή επί κέρδη για το οποίο ο ονομαζόμενος Ασφαλισμένος είναι λογικά προσοντούχος δια μόρφωσης, επιμόρφωσης ή πείρας.

Για την ΟΛΙΚΗ ΑΠΩΛΕΙΑ

- ενός από τα άνω άκρα
- του χεριού ή του αντιβραχίου
- ενός από τα κάτω άκρα πάνω από το γόνατο
- το γόνατο ή κάτω από αυτό
- του ποδιού
- του αντίχειρα
- του δείκτη του χεριού
- του μικρού δακτύλου του χεριού
- του μέσου δακτύλου του χεριού
- του παράμεσου δακτύλου του χεριού
- του μεγάλου δακτύλου του ποδιού
- οποιουδήποτε άλλου δακτύλου του ποδιού
- της οράσεως από το ένα μάτι
- της οράσεως από τα δύο μάτια
- για την ολική κώφωση του ενός αυτιού
- για την ολική κώφωση και των δύο αυτιών

ΔΕΞΙΟΥ

ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ

70%	60%
60%	50%
60%	60%
50%	50%
40%	40%
18%	16%
14%	12%
12%	10%
8%	6%
8%	6%
	5%
	3%
	50%
	100%
	10%
	100%

Η MetLife Europe d.a.c., είναι εταιρεία περιορισμένης ευθύνης που έχει συσταθεί στη Δημοκρατία της Ιρλανδίας.

Αριθμός εγγραφής: 415123

Εγγεγραμμένη Διεύθυνση: 20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Ireland Η MetLife Europe d.a.c. είναι εγγεγραμμένη στον Έφορο Εταιρειών ως αλλοδαπή εταιρεία. Αριθμός εγγραφής: AE 2955

Εγγεγραμμένη Διεύθυνση: Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087, Λευκωσία, Κύπρος.

E-mail: contact@metlife.com

“Η MetLife Europe d.a.c. (Cyprus) σύμφωνα με τους Κανονισμούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ασφαλίσεων και Αντασφάλισης) του 2015 της Ιρλανδίας είναι εξουσιοδοτημένη για την ανάληψη δραστηριοτήτων ασφάλισης ζωής στις ακόλουθες κατηγορίες: I, III, IV, VI και την ανάληψη δραστηριοτήτων ασφάλισης ζημιών στις ακόλουθες κατηγορίες: 1,2.”

Αν κάποιος ασφαλισμένος είναι αποδεδειγμένα 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 λόγω Ατυχήματος

Αν ο ασφαλισμένος υποβληθεί σε Ιατροφαρμακευτικά Έξοδα εντός ή εκτός Νοσοκομείου ή Κλινικής που προξενήθηκαν από ατύχημα, η Εταιρεία θα αποδώσει το 100% των εξόδων αυτών μέχρι των ανώτατων ορίων που αναφέρονται στον πίνακα παροχών.

Η MetLife Europe d.a.c., είναι εταιρεία περιορισμένης ευθύνης που έχει συσταθεί στη Δημοκρατία της Ιρλανδίας.

Αριθμός εγγραφής: 415123

Εγγεγραμμένη Διεύθυνση: 20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Ireland Η MetLife Europe d.a.c. είναι εγγεγραμμένη στον Έφορο Εταιρειών ως αλλοδαπή εταιρεία. Αριθμός εγγραφής: AE 2955

Εγγεγραμμένη Διεύθυνση: Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087, Λευκωσία, Κύπρος.

E-mail: contact@metlife.com

“Η MetLife Europe d.a.c. (Cyprus) σύμφωνα με τους Κανονισμούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ασφαλίσεων και Αντασφάλισης) του 2015 της Ιρλανδίας είναι εξουσιοδοτημένη για την ανάληψη δραστηριοτήτων ασφάλισης ζωής στις ακόλουθες κατηγορίες: I, III, IV, VI και την ανάληψη δραστηριοτήτων ασφάλισης ζημιών στις ακόλουθες κατηγορίες: 1,2.”

**ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ /ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΛΟΓΩ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ : Ομοσπονδία Συνδέσμου Γονέων και Κηδεμόνων Δημοσίων Σχολείων
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ :
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ : ΗΜΕΡ. 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, ένα 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 :

12.:
.....

13.:
.....

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 ΕΚΓΚΡΙΘΕΙ 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 ζητηθείτε 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 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 κλινήρης 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.

Αγαπητοί γονείς

Θέμα : Διαδικασία για την διεκπεραίωση των απαιτήσεων.

Με την παρούσα επιστολή, σας ενημερώνω για την διαδικασία που πρέπει να τηρείται για την σύντομη και καλύτερη εξυπηρέτηση σας όσον αφορά την διεκπεραίωση των απαιτήσεων (claims).

Το περιστατικό ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΟΙΝΟΠΟΙΕΙΤΑΙ μέσω του εντύπου κοινοποίησης της Εταιρείας μας στο e-mail maria.kakouri@metlifeagent.com.cy

Η κοινοποίηση της απαίτησης πρέπει να γίνεται εντός **30 ημερών** από την ημέρα του ατυχήματος. Σε άλλη περίπτωση η κοινοποίηση δεν θα γίνεται αποδεκτή.

Για να ολοκληρωθεί η διαδικασία απαίτησης μιας αποζημίωσης πρέπει να συμπληρωθούν και να παραδοθούν τα πιο κάτω έντυπα:

- 1. CL4A** Συμπληρώνεται και υπογράφεται από το γονέα του παιδιού.
- 2. CL4B** Συμπληρώνεται και σφραγίζεται από τον θεράποντα ιατρό του ασφαλισμένου.
- 3. IBAN TP. ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ.** Του γονέα για να γίνει το έμβασμα της απαίτησης.

Στη συνέχεια τα έντυπα θα έρχονται κοντά μου κατόπιν συνεννόησης με τον γονέα στην διεύθυνση Λεωφόρος Στροβόλου 47, 2018 Στρόβολος –Λευκωσία CAMELOT TOWER 2ος όροφος. Τηλ. 99-807557

Διευκρινίζεται ότι τα πιο πάνω έντυπα πρέπει να φτάνουν κοντά μου, δεόντως συμπληρωμένα , με την αποθεραπεία του ασφαλισμένου διαφορετικά το claim δεν θα μπορεί να εξεταστεί και να αποζημιωθεί.

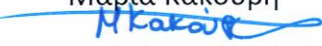
Τέλος τα εμβάσματα των αποζημιώσεων (claims) θα διεκπεραιώνονται εντός 30 ημερών, από την ημέρα που υποβλήθηκαν όλα τα έντυπα.

Για οποιεσδήποτε διευκρινήσεις ή πληροφορίες για το συγκεκριμένο ομαδικό ή για άλλες ασφαλιστικές καλύψεις που αφορούν καλύψεις ζωής , υγείας και αποταμίευσης παραμένω πάντα στην διάθεση σας στο τηλ. 99-807557

Ευχαριστώ

Με εκτίμηση

Μαρία Κακούρη



Ασφαλιστικός Σύμβουλος