



ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΣΥΝΔΕΣΜΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ ΣΧΟΛΕΙΩΝ ΜΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΟΛΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΡΧΙΑΣ ΛΑΡΝΑΚΑΣ

Τ.Θ. 40748, Τ.Κ. 6306 Λάρνακα
Τηλ: 24400498

Email: omosp.mesisl@hotmail.com
Blog: <http://osgmtelar.blogspot.com>

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Θα παραλάβετε από τη γραμματεία του σχολείου σας **2 έντυπα**, α) τη Δήλωση Ασφαλισμένου και β) την Απαίτηση Ασφαλισμένου.

ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

- Πρέπει να συμπληρωθεί και **παραδοθεί στα γραφεία της Universal Life** σε διάστημα όχι πέραν των **6-10 ημερών μετά το ατύχημα**.
- Στο πλαίσιο «**στοιχεία ασφαλισμένου**» να συμπληρωθούν τα στοιχεία του μαθητή.
- Στο «**όνομα εργοδότη**» να συμπληρώνεται το όνομα του Σχολείου και τμήμα που φοιτά ο μαθητής/τρια.
- Στο τέλος όπου ζητά «**Υπογραφή Ασφαλισμένου**» πρέπει να υπογράψει ο Γονέας/Κηδεμόνας και κάτω από την υπογραφή να συμπληρωθεί **ολογράφως** το όνομα και το **τηλέφωνο** του Γονέα/Κηδεμόνα.

ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

- Αφού ολοκληρωθεί η θεραπεία του μαθητή (δεν ορίζεται χρονικό διάστημα) να συμπληρώνεται η Απαίτηση Ασφαλισμένου.
- Η πρώτη σελίδα συμπληρώνεται από τον γονέα/κηδεμόνα με τα στοιχεία του μαθητή/τριας.
- Η πίσω σελίδα συμπληρώνεται **από τον γιατρό** που παρακολούθησε τον μαθητή/τρια.
- Η απαίτηση Ασφαλισμένου να συνοδεύεται με όλες τις **απαιτούμενες αποδείξεις** θεραπείας του ασφαλισμένου μαθητή (πχ ακτινογραφίες κλπ)
- Στο κάτω μέρος της πρώτης σελίδας στο πλαίσιο που αναγράφει «Για εσωτερική χρήση» να αναγράφεται το ονοματεπώνυμο του γονέα και ο αριθμός τηλεφώνου του. Να επισυνάπτεται έντυπο από την τράπεζα με τον αριθμό λογαριασμού (IBAN) όπου θα κατατεθεί το ποσό.
- Η απαίτηση Ασφαλισμένου υπογράφεται επίσης από τον δικαιούχο Γονέα/Κηδεμόνα.

*Τα πιο πάνω έντυπα πρέπει να παραδίδονται στα γραφεία της UNIVERSAL LIFE (ώρες 8:30-14:30) Γρηγόρη Αυξεντίου 7, Francis Court, 1st Floor, 6023 Λάρνακα, τηλ 24669640.

*Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλώ όπως αποταθείτε στον ασφαλιστικό σύμβουλο κ. Αντώνη Θεοφάνους 99870778.

