



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

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

Email: omosp.mesisl@hotmail.com

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΜΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΟΛΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΡΧΙΑΣ ΛΑΡΝΑΚΑΣ

Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου της Ομοσπονδίας Συνδέσμων Γονέων, η Ασφαλιστική Εταιρεία η οποία θα καλύψει τα παιδιά για την φετινή χρονιά 2025-2026 είναι η Universal Life. Η ασφάλεια θα ισχύει από 01/09/2025 – 31/08/2026 καλύπτοντας τους μαθητές το 24ωρο στην Κύπρο και το εξωτερικό.

Ωφελήματα

Α. Θάνατο.....	€2.000
Β. Μόνιμη Ολική Ανικανότητα.....	€20.000
Γ. Ιατρικά Έξοδα για κάθε Ατύχημα.....	€2.000
Δ. Σοβαρό Ατύχημα στα δόντια.....	€1500

Καθώς και την Κλίμακα Μόνιμης Ανικανότητας με τα πιο κάτω ποσοστά

1. Ολική και μόνιμη ανικανότητα για την άσκηση του οποιουδήποτε επαγγέλματος 100%
2. Απώλεια της όρασης και στα δυο μάτια 100%
3. Απώλεια δυο άκρων, τουλάχιστον από το ύψος του καρπού ή του αστραγάλου 100%
4. Ολική απώλεια της όρασης στο ένα μάτι 50%
5. Απώλεια ενός άκρου, τουλάχιστον από το ύψος του καρπού ή του αστραγάλου 50%
6. Ολική απώλεια της ακοής ή της ομιλίας 50%
7. Ολική απώλεια της ακοής στο ένα αυτί 20%
8. Απώλεια του αντίχειρα (και οι δυο φάλαγγες) 20%
9. Απώλεια του αντίχειρα (μία φάλαγγα) 10%
10. Απώλεια του δείκτη (τρεις φάλαγγες) 10%
11. Απώλεια του δείκτη (δύο φάλαγγες) 8%
12. Απώλεια του δείκτη (μία φάλαγγα) 5%
13. Απώλεια δακτύλου εκτός του αντίχειρα ή του δείκτη (και οι τρεις φάλαγγες) 5%
14. Απώλεια δακτύλου εκτός του αντίχειρα ή του δείκτη (δύο φάλαγγες) 4%
15. Απώλεια δακτύλου εκτός του αντίχειρα ή του δείκτη (μία φάλαγγα) 3%
16. Απώλεια του μεγάλου δακτύλου του ποδιού 3%
17. Απώλεια άλλου δακτύλου του ποδιού εκτός του μεγάλου 2%
18. Για οποιαδήποτε Μόνιμη Ανικανότητα που δεν καθορίζεται πιο πάνω (εκτός από την απώλεια της αίσθησης της γεύσης ή της όσφρησης). Το ποσοστό που θα οριστεί από τη Εταιρεία και το οποίο κατά τη γνώμη των Ιατρικών της Συμβούλων δεν είναι ασυμβίβαστο με τα πιο πάνω.

Επισημαίνεται ότι:*

1. Έξοδα που αφορούν θεραπεία (εγχείρηση, διαγνωστικές εξετάσεις, αρθροσκόπηση) για πρόβλημα μηνίσκου ή και χιαστών συνδέσμων περιορίζεται στο ποσό των €400 ανά ατύχημα ετησίως.
2. Έξοδα για φυσιοθεραπείες μέχρι €450 ανά ατύχημα (για όλους)
3. Για αθλητές που συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες εκτός του σχολείου τους κάλυψη μέχρι 50% (φυσιοθεραπείες μέχρι €300)
4. Καλύψεις Ιατρικών εξόδων για κάθε ατύχημα
5. Κάλυψη Επαγγελματιών (υπάρχουν μαθητές και κυρίως Τεχνικών Σχολών όπου υποχρεωτικά ασκούν πρακτική άσκηση)
6. Κάλυψη αθλημάτων (στα πλαίσια του αθλητικού σχολείου υπάρχει μεγάλο εύρος αθλητικών δραστηριοτήτων πχ πολεμικές τέχνες, ορειβασίες κλπ)



**ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΣΥΝΔΕΣΜΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ
ΣΧΟΛΕΙΩΝ ΜΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

ΠΟΛΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΡΧΙΑΣ ΛΑΡΝΑΚΑΣ

7.Χρήση Μοτοσυκλέτας (Μαθητές χρησιμοποιούν μοτοσυκλέτες για τη μεταφορά τους ανάλογα με την άδεια οδήγησης που κατέχουν).

***ΤΑ ΠΙΟ ΠΑΝΩ ΠΟΣΑ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΩΦΕΛΗΜΑ (Γ) ΙΑΤΡΙΚΑ ΕΞΟΔΑ: €2000**

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ
ΛΟΓΩ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Έγγραφα που πρέπει να παραλάβετε από τη γραμματεία του σχολείου:

- 1. Δήλωση Ασφαλισμένου**
- 2. Απαίτηση Ασφαλισμένου**
- 3. Direct Credit**

1. ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

- Πρέπει να συμπληρωθεί και να παραδοθεί στα γραφεία της Universal Life σε διάστημα όχι πέραν των 14 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.

2. ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

- Να συμπληρώνεται η Απαίτηση Ασφαλισμένου και να υποβάλλεται εντός ενός μηνός.
- Η πρώτη σελίδα συμπληρώνεται από το Γονέα/Κηδεμόνα με τα στοιχεία του μαθητή/τριας.
- Στο κάτω μέρος της πρώτης σελίδας στο πλαίσιο που αναγράφει «Για εσωτερική Χρήση» να αναγράφεται το ονοματεπώνυμο του Γονέα/Κηδεμόνα και ο αριθμός τηλεφώνου του.
- Η απαίτηση ασφαλισμένου υπογράφεται επίσης από τον δικαιούχο Γονέα/Κηδεμόνα.
- Το μέρος Β συμπληρώνεται από το γιατρό που εξέτασε τον μαθητή/τρια.
- Η απαίτηση ασφαλισμένου να συνοδεύεται με όλες τις απαιτούμενες αποδείξεις θεραπείας του ασφαλισμένου μαθητή.

3. DIRECT CREDIT

- Να συμπληρώνεται και να υπογράφεται από τον γονέα/ιδιοκτήτη ο οποίος είναι και ο κάτοχος του λογαριασμού.
- Επισυνάπτεται και η βεβαίωση του iban number για επιβεβαίωση των στοιχείων.

Τα πιο πάνω έντυπα πρέπει να παραδίδονται στα γραφεία της Universal Life, Γρηγόρη Αυξεντίου 7, Φράνσις Κωρτ, 1ος Όροφος, 6023 Λάρνακα (8:30-14:30).

*Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλώ όπως αποταθείτε στην κα Νατάσα, τηλ. 24400498 (Δευτέρα μέχρι Πέμπτη, ώρες 09:00 – 12:00) ή στον ασφαλιστικό σύμβουλο κ. Αντώνη Θεοφάνους 99870778.

