



UNIVERSAL LIFE

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΜΑΘΗΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 01/10/2015- 30/09/2016

Η UNIVERSAL LIFE INSURANCE PUBLIC CO LTD σε συνεργασία με την Ομοσπονδία Συνδέσμων Γονέων Δημοτικών Σχολείων Πόλης και Επαρχίας Λευκωσίας έχουν προβεί σε ομαδική ασφάλιση Προσωπικών Ατυχημάτων των μαθητών των Δημοτικών σχολείων Πόλης και Επαρχίας Λευκωσίας.

Πιο κάτω παρουσιάζουμε με συντομία την παρεχόμενη κάλυψη η οποία εφαρμόζεται επί εκκοιτετραώρου βάσεως εντός και εκτός Κύπρου για κάθε μαθητή και για κάθε περιστατικό.

Ωφελήματα		Ποσό
(α)	Θάνατος από ατύχημα	€ 2.000
(β)	Μόνιμη Ολική ανικανότητα	€20.000
(γ)	Μόνιμη μερική ανικανότητα	€20.000
(δ)	Ιατρικά έξοδα (να περιλαμβάνει διαμονή σε νοσοκομεία ή κλινική πληρωμή Ιατρικών Λειτουργιών φάρμακα, ακτινογραφίες, αναλύσεις και άλλα έξοδα θεραπείας) – έκαστο περιστατικό.	€2.000
(ε)	Κάλυψη σε δόντια (έκαστο περιστατικό)	€ 350
(στ)	Φυσιοθεραπεία (έκαστο περιστατικό)	€ 350

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ.

1. Ασφαλιστική κάλυψη θα προσφέρεται και στους νέους μαθητές (Α΄ τάξης του Δημοτικού) των οποίων η φοίτηση θα αρχίσει την επόμενη σχολική χρονιά δηλαδή Σεπτεμβρίου 2016 μέχρι την λήξη της παρούσας ασφάλειας.
2. Η Ασφαλιστική κάλυψη των μαθητών της Στ΄ τάξης (τελειόφοιτοι) θα επεκτείνεται μέχρι την λήξη της Ασφαλιστικής Περιόδου.
3. Η Ασφαλιστική κάλυψη των μαθητών προσφέρεται για όλες γενικά τις εκδηλώσεις / Δραστηριότητες τους, τόσο εντός όσο και εκτός του σχολικού χώρου (π.χ. Αθλητισμός, ποδόσφαιρο κ.α.).
4. Όσον αφορά τα παιδιά με ειδικές ανάγκες είναι ασφαλισμένα πλήρως με τα πιο πάνω ωφελήματα.

ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ:

Σε περίπτωση που συμβεί ατύχημα σε κάποιο μαθητή επισυνάπτεται η διαδικασία απαίτησης.



UNIVERSAL LIFE

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

ΕΙΛΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ

Σε περίπτωση οποιουδήποτε ατυχήματος ο ασφαλισμένος είναι υποχρεωμένος το αργότερο εντός 30 ημερών από την ημέρα του ατυχήματος να συμπληρώσει το επισυναπτόμενο έντυπο της εταιρείας <<Δήλωση Ασφαλισμένου λόγω Ατυχήματος>>.

Μαζί με το πιο πάνω έντυπο, ο ασφαλισμένος πρέπει να προσκομίσει στην εταιρεία τις αποδείξεις, τιμολόγια και τυχόν ακτινογραφίες που έχει για το ατύχημα.

Αναλυτικά για κάθε ωφέλημα απαιτούνται τα πιο κάτω έντυπα:

A. Θάνατος από Ατύχημα

1. Πρωτότυπο πιστοποιητικό θανάτου από τον Έπαρχο
2. Αντίγραφο του πιστοποιητικού γεννήσεως από τον Έπαρχο
3. Πιστοποιημένο αντίγραφο του εγγράφου διαχειρίσεως
4. Συγκατάθεση του Εφόρου Φόρου Εισοδήματος για την πληρωμή του ποσού
5. Το συνημμένο έντυπο <<Δήλωση για Απαίτηση αποζημίωσης λόγω θανάτου>> αφού πρώτα συμπληρωθεί πλήρως από τους διαχειριστές της περιουσίας του αποβιώσαντα
6. Το συνημμένο έντυπο <<Αποδευτικό Θανάτου>> αφού πρώτα συμπληρωθεί από τον θεράποντα γιατρό του αποβιώσαντα.
7. Πιστό αντίγραφο του πορίσματος νεκροψίας στην περίπτωση που ο θάνατος ήταν αποτέλεσμα ατυχήματος.

B. Μόνιμη Μερική ή Ολική Ανικανότητα από Ατύχημα

Απαιτείται η συμπλήρωση των επισυναπτόμενων εντύπων της εταιρείας <<Δήλωση Ασφαλισμένου λόγω Ατυχήματος>> και <<Απαίτηση Ασφαλισμένου>> καθώς και τα ιατρικά πιστοποιητικά τα οποία υποδεικνύουν την ανικανότητα. Η εταιρεία διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει από τον ασφαλισμένο να εξεταστεί από τον γιατρό της.

Γ. Ιατρικά Έξοδα

Απαιτείται η συμπλήρωση των επισυναπτόμενων εντύπων της εταιρείας <<Δήλωση Ασφαλισμένου λόγω Ατυχήματος>> και <<Απαίτηση Ασφαλισμένου>> καθώς και τα ιατρικά πιστοποιητικά τα οποία υποδεικνύουν την ανικανότητα. Η Εταιρεία διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει από τον ασφαλισμένο να εξεταστεί από τον γιατρό της.

2015 Διαδικασία υποβολής απαίτησης



Σκοπός μας είναι η γρήγορη εξυπηρέτησή σας. Γι' αυτό θα μας διευκολύνετε αν σε περίπτωση ατυχήματος συμπληρώσετε και αποστείλετε την πιο κάτω δήλωση σε διάστημα 6 ημερών από την ημέρα του ατυχήματος μαζί με το πιστοποιητικό άδειας του γιατρού στο οποίο θα φαίνεται και η αιτία της παραχώρησης άδειας.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Κωδικός σχολείου:..... (Αύξων αριθμός από τον επισυναπτόμενο κατάλογο)

Όνοματεπώνυμο Αρ. Συμβολαίου **GPA 1-001780-4**

Ημ. Γεννήσεως Αρ. Ταυτότητας

Διεύθυνση Οικίας Τηλ.

Όνομα Δημοτικού σχολείου

Διεύθυνση Εργασίας Τηλ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Ημερομηνία ώρα Τόπος

Σύντομη Περιγραφή

Όνόματα και διευθύνσεις δυο ατόμων που ήσαν παρόντες

α. Τηλ.

β. Τηλ.

Ποιές σωματικές βλάβες πάθατε από το ατύχημα;

Σημειώστε ✓ στο κατάλληλο τετράγωνο και δώστε λεπτομέρειες όπου η απάντηση είναι Ναι

Νοσηλευτήκατε σε Νοσοκομείο ή Κλινική; Ναι Όχι

Όνομα και διεύθυνση Νοσοκομείου ή Κλινικής:

Ημερομηνία Εισόδου: Ημερομηνία Εξόδου:

Αρχίσετε έστω και μερικώς να εργάζεστε ή επιβλέπετε την εργασία σας

και από πότε; Ναι Όχι

Είχατε στο παρελθόν παρόμοια ατυχήματα; Ναι Όχι

Δικαιούστε αποζημίωση από άλλο ταμείο ή ασφαλιστική εταιρεία

και ποιο ποσό; Ναι Όχι

Δηλώ υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου για ψευδείς δηλώσεις ότι οι πιο πάνω απαντήσεις μου στις αντίστοιχες ερωτήσεις, είναι ορθές και αληθινές και εξουσιοδοτώ το γιατρό μου, το Νοσοκομείο ή την Κλινική να δώσει κάθε πληροφορία σε σχέση με την παρούσα δήλωση.

Ημερομηνία Υπογραφή Ασφαλισμένου

.....
Όνοματεπώνυμο γονιού/κηδεμόνα



ΜΕΡΟΣ Α - Συμπληρώνεται από τον Ασφαλισμένο

Όνομα Ασφαλισμένου:..... Αρ. Συμβολαίου:.....

Αρ. Ταυτότητας:..... Ημερ. Γεννήσεως:.....

Ημερομηνία που πληρώθηκε το τελευταίο ασφάλιστρο:

Δηλώστε

Ημερομηνία Ατυχήματος:..... **Να μην συμπληρωθεί**..... Τόπος:.....

Όνομα Νοσοκομείου/Κλινικής που νοσηλεύτηκατε και επισυνάψετε σχετικά πιστοποιητικά.....

..... Τηλ:.....

Ημερομηνία Εισόδου:..... Ημερομηνία Εξόδου:.....

Όνομα γιατρού που σας παρακολούθησε:

1..... Τηλ:.....

2..... Τηλ:.....

Απαντήστε τις πιο κάτω ερωτήσεις

Παραμένετε περιορισμένος στο σπίτι; **Να μην συμπληρωθεί**

Ναι Όχι Αν ναι από..... μέχρι.....

Παρακολουθούσατε ή επιβλέπατε την εργασία σας καθ' οιονδήποτε τρόπο κατά την διάρκεια της προσωρινής αναπηρίας σας;

Ναι Όχι Αν ναι από..... μέχρι.....

Πότε αναμένετε ότι θα αναλάβετε τακτικά εργασία;.....

Δικαιούσατε αποζημίωση από άλλο ταμείο ή ασφαλιστική εταιρεία και ποιο το ποσό;.....

Ναι Όχι.....

Δηλώ υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου για ψευδείς δηλώσεις ότι οι πιο πάνω απαντήσεις μου στις αντίστοιχες ερωτήσεις, είναι ορθές και αληθινές και εξουσιοδοτώ το γιατρό μου, το Νοσοκομείο ή την Κλινική να δώσει κάθε πληροφορία σε σχέση με την παρούσα δήλωση.

Ημερομηνία..... Υπογραφή.....

Για Εσωτερική χρήση:

.....
.....
.....
.....

ΜΕΡΟΣ Β - ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς:..... Ηλικία:.....

Επάγγελμα:.....

1. Ημερομηνία που εξετάσετε τον ασθενή για:

Πρώτη φορά..... Τελευταία φορά:..... Σύνολο εξετάσεων.....

Εξετάστηκε ο ασθενής από άλλο γιατρό; (Αν ναι, από ποιο και πότε) Ναι Όχι 2. α) Υπήρξαν σημάδια τραύματος στο σώμα που να μαρτυρούν την ύπαρξη του ατυχήματος; Ναι Όχι

Αν ναι περιγράψετε:.....

β) Άλλες Κλινικές Διαπιστώσεις:.....

γ) Διάγνωση (λεπτομερώς):.....

δ) Θεραπεία που παρασχέθηκε:.....

ε) Έγινε ακινητοποίηση μέλους του σώματος; Αν ναι, μέχρι:.....

3. Έπασχε ο ασθενής στο παρελθόν ή νοσηλεύτηκε για παρόμοιο περιστατικό; Ναι Όχι

4. Ο ασθενής έμεινε κλινήρης στο νοσοκομείο/κλινική από μέχρι.....

5. Έχετε δώσει στον ασθενή αναρρωτική άδεια από μέχρι.....

6. Κατά την περίοδο της αναρρωτικής άδειας ο ασθενής:

α) θα μπορούσε να επιβλέπει την εργασία του ή εργασθεί μερικώς από μέχρι.....

β) ήταν τελειώς ανίκανος για κάθε εργασία ή επίβλεψη της εργασίας από μέχρι.....

7. Έχει ο ασθενής αποθεραπευτεί (εάν όχι δώστε εξηγήσεις): Ναι Όχι

8. Αναφέρετε τυχόν συμπληρωματικά στοιχεία για εκτίμηση του ατυχήματος:.....

Όνομα Γιατρού:..... Ειδίκευση:.....

Υπογραφή:..... Ημερομηνία:..... Τηλ:.....

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Όνομα:..... Υπογραφή:..... Ημερ.:.....

Α/Α	ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ
1.	ΑΓΛΑΝΤΖΙΑ Α΄ & Β΄
2.	ΑΓΛΑΝΤΖΙΑ Γ΄
3.	ΑΓΛΑΝΤΖΙΑ Δ΄
4.	ΑΓΛΑΝΤΖΙΑ Ε΄
5.	ΑΓΛΑΝΤΖΙΑ ΣΤ΄
6.	ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ
7.	ΑΓΙΑΣ ΜΑΡΙΝΑΣ ΕΥΛΙΑΤΟΥ
8.	ΑΓΙΟΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΟΣ
9.	ΑΓΙΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ ΜΑΛΟΥΝΤΑΣ
10.	ΑΓΙΟΥ ΑΝΔΡΕΑ
11.	ΑΓΙΟΥ ΑΝΤΩΝΙΟΥ
12.	ΑΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
13.	ΑΓΙΟΥ ΔΟΜΕΤΙΟΥ Α΄
14.	ΑΓΙΟΥ ΔΟΜΕΤΙΟΥ Β΄
15.	ΑΓΙΟΥ ΔΟΜΕΤΙΟΥ Γ΄
16.	ΑΓΙΟΥ ΚΑΣΙΑΝΟΥ
17.	ΑΓΙΩΝ ΟΜΟΛΟΓΗΤΩΝ
18.	ΑΓΙΩΝ ΤΡΙΜΙΘΙΑΣ
19.	ΑΓ. ΜΑΡΩΝΑ ΑΝΘΟΥΠΟΛΗ
20.	ΑΓΡΟΚΗΠΙΑ
21.	ΑΚΑΚΙΟΥ
22.	ΑΚΡΟΠΟΛΕΩΣ
23.	ΑΝΑΓΥΙΩΝ
24.	ΑΝΑΛΥΟΝΤΑΣ
25.	ΑΝΘΟΥΠΟΛΕΩΣ
26.	ΑΛΑΜΠΡΑΣ
27.	ΑΡΕΔΙΟΥ
28.	ΑΣΙΝΟΥ ΠΕΡΙΦ.
29.	ΑΣΤΡΟΜΕΡΙΤΗ
30.	ΓΕΡΙΟΥ Α΄
31.	ΓΕΡΙΟΥ Β΄
32.	ΔΑΛΙ Α΄
33.	ΔΑΛΙ Β΄
34.	ΔΑΛΙ Γ΄
35.	ΔΑΣΟΥΠΟΛΕΩΣ
36.	ΔΕΝΕΙΑΣ
37.	ΔΕΥΤΕΡΑΣ
38.	ΕΓΚΩΜΗΣ Α΄
39.	ΕΓΚΩΜΗΣ Β΄
40.	ΕΛΕΝΕΙΟ
41.	ΕΡΓΑΤΩΝ
42.	ΕΥΡΥΧΟΥ ΠΕΡΙΦ.
43.	ΚΑΪΜΑΚΛΙΟΥ Α΄ & Β΄
44.	ΚΑΪΜΑΚΛΙ Γ΄
45.	ΚΑΚΟΠΕΤΡΙΑΣ
46.	ΚΑΛΟ ΧΩΡΙΟ ΟΡΕΙΝΗΣ
47.	ΚΑΜΠΙΩΝ
48.	ΚΑΜΠΟΣ/ΤΣΑΚΙΣΤΡΑ
49.	ΚΑΠΕΔΩΝ
50.	ΚΛΗΡΟΥ
51.	ΚΟΚΚΙΝΟΤΡΙΜΙΘΙΑΣ Α΄
52.	ΚΟΚΚΙΝΟΤΡΙΜΙΘΙΑΣ Β΄
53.	ΚΟΡΑΚΟΥ
54.	ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥΠΟΛΕΩΣ
55.	ΛΑΚΑΤΑΜΕΙΑΣ Α΄
56.	ΛΑΚΑΤΑΜΕΙΑΣ Β΄ (ΑΓ. ΜΑΜΑ)

57.	ΛΑΚΑΤΑΜΕΙΑΣ Γ' (ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ)
58.	ΛΑΚΑΤΑΜΕΙΑΣ Δ' (ΑΓ. ΝΕΟΦΥΤΟΥ)
59.	ΛΑΚΑΤΑΜΕΙΑΣ Ε' (ΑΓ. ΙΩΑΝ. ΧΡΥ)
60.	ΛΑΚΑΤΑΜΕΙΑΣ ΣΤ' (ΑΓ. ΣΤΥΛ.)
61.	ΛΑΚΑΤΑΜΕΙΑΣ Ζ' (ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛ.)
62.	ΛΑΤΣΙΩΝ Α'
63.	ΛΑΤΣΙΩΝ Β'
64.	ΛΑΤΣΙΩΝ Γ'
65.	ΛΑΤΣΙΩΝ Δ'
66.	ΛΥΘΟΡΟΔΟΝΤΑ
67.	ΛΥΚΑΒΗΤΟΥ
68.	ΛΥΜΠΙΩΝ
69.	ΜΑΘΙΑΤΗ
70.	ΜΑΚΕΔΟΝΙΤΙΣΣΑ Α'
71.	ΜΑΚΕΔΟΝΙΤΙΣΣΑ Β'
72.	ΜΑΚΕΔΟΝΙΤΙΣΣΑ Γ'
73.	ΜΑΛΟΥΝΤΑΣ
74.	ΜΑΜΜΑΡΙ
75.	ΜΕΝΟΙΚΟΥ
76.	ΜΙΤΣΕΡΟΥ
77.	ΝΑΡΕΚ
78.	ΟΡΟΥΝΤΑΣ
79.	ΠΑΛΑΙΟΜΕΤΟΧΟΥ Α'
80.	ΠΑΛΑΙΟΜΕΤΟΧΟΥ Β'
81.	ΠΑΛΑΙΧΩΡΙΟΥ
82.	ΠΑΛΟΥΡΙΩΤΙΣΣΑΣ Α'
83.	ΠΑΛΟΥΡΙΩΤΙΣΣΑΣ Β'
84.	ΠΑΛΟΥΡΙΩΤΙΣΣΑΣ Γ'
85.	ΠΕΡΑ ΧΩΡΙΟ ΝΗΣΟΥ Α'
86.	ΠΕΡΑ ΧΩΡΙΟ ΝΗΣΟΥ Β'
87.	ΠΕΡΙΣΤΕΡΩΝΑΣ
88.	ΠΕΥΚΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ
89.	ΠΟΤΑΜΙΑΣ
90.	ΣΤΡΟΒΟΛΟΥ Α' ΧΡΥΣΕΛΕΟΥΣΗΣ
91.	ΣΤΡΟΒΟΛΟΥ Β' ΑΓ. ΜΑΡΙΝΑΣ
92.	ΣΤΡΟΒΟΛΟΥ Γ' ΑΓ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ
93.	ΣΤΡΟΒΟΛΟΥ Δ' ΑΓ. ΣΠΥΡΙΔΩΝΑ
94.	ΣΤΡΟΒΟΛΟΥ Ε' ΣΤΑΥΡΟΥ
95.	ΣΤΡΟΒΟΛΟΥ ΣΤ' ΑΠ. ΛΟΥΚΑ
96.	ΣΤΡΟΒΟΛΟΥ Ζ' ΑΡΧΑΓΓΕΛΟΥ
97.	ΣΤΡΟΒΟΛΟΥ Η' ΠΕΡΝΕΡΑ
98.	ΣΤΡΟΒΟΛΟΥ ΑΠ. ΒΑΡΝΑΒΑ
99.	ΣΙΑΣ
100.	ΤΑΜΑΣΟΥ ΠΕΡΙΦ. (Πολιτικό, Επισκοπ., Π. Ορεινής)
101.	ΤΣΕΡΙ Α'
102.	ΤΣΕΡΙ Β'
103.	ΦΑΝΕΡΩΜΕΝΗΣ
104.	ΦΑΡΜΑΚΑΣ
105.	Χ' ΓΕΩΡΓΑΚΗ ΚΟΡΝΕΣΙΟΥ
106.	ΨΗΜΟΛΟΦΟΥ

UNIVERSAL LIFE

Κεντρικά Γραφεία

Τηλ. 22882222 Fax. 22882266

Λεωφ. Διγενή Ακρίτα 85,

Τ.Θ. 21270 1505 Λευκωσία

Υποκατάστημα Αγίου Αντωνίου

Τηλ. 22755350 Fax 22750687

Λεωφ. Διγενή Ακρίτα 35, 1055 Λευκωσία

Υποκατάστημα Στροβόλου

Τηλ. 22322388 Fax. 22320477

Λεωφ. Σπυρού Κυπριανου 364, 2330 Λευκωσία