MetLife Europe d.a.c.
(Cyprus Branch)
38 Kennedy Avenue
1087 Nicosia
P.O.Box 21383
1507 Nicosia, Cyprus

T. +357 22845845
F. +357 22845606
contact@metlife.com
www.metlife.com.cy

Ομαδική Ασφάλιση Προσωπικών Ατυχημάτων

Περίοδος Ασφάλισης: 01/07/2026 - 30/06/2027

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

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

Κάλυψη: 24ωρη - Παγκόσμια

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΟΧΩΝ	
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."

MetLife Europe d.a.c.
(Cyprus Branch)
38 Kennedy Avenue
1087 Nicosia
P.O.Box 21383
1507 Nicosia, Cyprus

T. +357 22845843
F. +357 22845606
contact@metlife.com
www.metlife.com.cy

Όροι & προϋποθέσεις

- Προϋπάρχοντες τραυματισμοί δεν καλύπτονται.
- Το ασφάλιστρο 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 ασφαλίστρου.
- 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 01/07/2025 – 30/06/2026.
- 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."

MetLife Europe d.a.c.
(Cyprus Branch)
38 Kennedy Avenue
1087 Nicosia
P.O.Box 21383
1507 Nicosia, Cyprus

T. +357 22845845
F. +357 22845606
contact@metlife.com
www.metlife.com.cy

MetLife

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	**ΔΕΞΙΟΥ**	**ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ**
- 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	8%	6%
- του παράμεσου δακτύλου του χεριού	8%	6%
- του μεγάλου δακτύλου του ποδιού	5%	
- οποιουδήποτε άλλου δακτύλου του ποδιού	3%	
- της οράσεως από το ένα μάτι	50%	
- της οράσεως από τα δύο μάτια	100%	
- για την ολική κώφωση του ενός αυτιού	10%	
- για την ολική κώφωση και των δύο αυτιών	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."

(Cyprus Branch)
38 Kennedy Avenue
1087 Nicosia
P.O.Box 21383
1507 Nicosia, Cyprus

F. +357 22845606
contact@metlife.com
www.metlife.com.cy

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), οποιεσδήποτε 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."

MetLife

ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΛΟΓΩ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ-ΟΜΑΔΙΚΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

1. ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ: .....

ΟΝΟΜΑ ΣΧΟΛΕΙΟΥ .....ΤΜΗΜΑ : .....

ΤΗΛ. ΣΧΟΛΕΙΟΥ .....

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ/ΤΡΑΥΜΑΤΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΑΘΗΤΗ : ..... ΤΗΛ.....

ΗΜΕΡΟΜ ΓΕΝΝΗΣΗΣ..... ΑΡ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ ..... ΑΡ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ..... ΤΗΛ.....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ : ..... ΑΡ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ.....ΤΗΛ.....

ΟΝΟΜΑ ΓΟΝΕΑ Η ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΣΤΟ ΟΠΟΙΟ ΘΑ ΚΑΤΑΤΕΘΕΙ ΤΟ ΠΟΣΟ ΤΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ (ΝΑ ΕΠΙΣΥΝΑΦΘΕΙ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ IBAN).....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : .....Τ.Κ..... ΤΗΛ.....

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ : ..... ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΩΡΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ . .....

.....

ΠΩΣ ΑΚΡΙΒΩΣ ΣΥΝΕΒΗ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ; .....

.....

ΠΟΙΟ ΗΤΑΝ ΠΑΡΟΝΤΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ;

1. ..... 2. .....

ΠΟΥ ΚΑΙ ΠΟΙΟΣ ΣΑΣ ΕΔΩΣΕ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ;: .....

ΕΛΑΒΕ ΓΝΩΣΗ Η ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ΑΡΧΗ; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

.....

4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ

ΑΚΡΙΒΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ : .....

.....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΙΑΤΡΟΥ : ..... ΗΜ. ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ : .....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ : .....ΤΗΛ. : .....

ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΝΕΚΑ ΑΥΤΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΑΠΟ : ..... ΜΕΧΡΙ : .....

ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ/ΚΛΙΝΙΚΗ : ΑΠΟ : ..... ΜΕΧΡΙ : .....

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ/ΤΡΑΥΜΑΤΙΑ : .....

ΤΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΑΙ : .....

.....

ΔΗΛΩΣΤΕ ΠΟΥ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΕ ΝΑ ΣΑΣ ΕΠΙΣΚΕΦΘΕΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΑΣ

.....

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ CL4B - ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

ΔΗΛΩΣΗ:

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

Υπογραφή Γονέα ή Κηδεμόνα ..... Υπογραφή Μάρτυρα.....

Υπογραφή Ασφαλισμένου ..... Ημερομηνία .....

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 ανηλίκου.

Εμείς, η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου), από Λεωφόρο Κένγεντυ 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 απαίτηση σας, θα χρειαστεί να επεξεργαστούμε τα δεδομένα υγείας που έχετε παράσχει ή που μπορεί να ζητηθείτε να παράσχετε στο μέλλον, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων υγείας που έχετε παράσχει ή πιθανόν να παράσχετε 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 απαίτησης σας.

   Εάν δεν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την απαίτηση 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 Κένγεντυ 38, 1087 Λευκωσία ή στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα (email) στη διεύθυνση ccd@metlife.com. Ωστόσο, αν αποσύρετε την συγκατάθεση σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την απαίτηση 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 απαίτηση 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 απαίτηση 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 απαίτηση 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 συγκατάθεση σας ενόσω εκκρεμεί η απαίτηση 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.

3. 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 στηριζόμαστε 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 συγκατάθεση 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 Γονέα ή Κηδεμόνα .....

Υπογραφή Ασφαλισμένου .....

Ημερομηνία .....

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

.....

.....

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του νόμου για ψευδείς δηλώσεις ότι, οι πιο πάνω απαντήσεις μου είναι ορθές και αληθινές.

Υπογραφή Διευθυντή και σφραγίδα Σχολείου

.....

Ημερομηνία .....

MetLife

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό

Ονοματεπώνυμο 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. : .....

Ονοματεπώνυμο Γιατρού : .....

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