

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΜΑΘΗΤΕΣ

ΑΡ.ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ .....

1. ΣΧΟΛΕΙΟ: ..... ΑΡ.ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ: 5152-3300037

2. ΟΝΟΜΑ ΜΑΘΗΤΗ: .....

3. ΤΑΞΗ: ..... ΗΜΕΡ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ: .....

4. ΟΝΟΜΑ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ: .....

5. ΟΝΟΜΑ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΠΟΥ ΘΑ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΤΟ ΕΜΒΑΣΜΑ (ΝΟΟΥΜΕΝΟΥ ΟΤΙ ΥΦΙΣΤΑΤΑΙ ΚΑΛΥΨΗ ΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟΥ ΥΠΟΨΙΝ ΤΩΝ ΟΡΩΝ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ) – ΚΑΙ ΙΒΑΝ CERTIFICATE ΕΠ ΟΝΟΜΑΤΙ ΤΟΥ

6. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ/ .....

EMAIL: .....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: .....

7. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ:

α) Πότε συνέβηκε το ατύχημα : Ημερομηνία ..... ώρα ..... π.μ./μ.μ.

β) Βρισκόταν στο σχολείο όταν συνέβη το ατύχημα : (ΝΑΙ/ΟΧΙ) .....

γ) Δώστε μια σύντομη περιγραφή του ατυχήματος : .....

δ) Δώστε ονόματα και διευθύνσεις δυο ατόμων που ήταν παρόντες : .....

i) .....

ii) .....

ε) Ποιες σωματικές βλάβες υπέστη από το ατύχημα: .....

8. ΑΝ ΝΟΣΗΛΕΥΘΗΚΕ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ή ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΤΑ ΑΚΟΛΟΥΘΑ:

α) Όνομα και διεύθυνση Νοσοκομείου ή Κλινικής .....

β) Ημερομηνία εισόδου ..... Ώρα ..... π.μ/μ.μ

Ημερομηνία εξόδου ..... Ώρα ..... π.μ/μ.μ

**9. ΕΝΤΥΠΑ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΞΟΔΩΝ ΠΟΥ ΕΣΩΚΛΕΙΩΝΤΑΙ**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΑΡ. ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ	ΠΟΣΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ</b>		<b>€</b>

**\*ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΟΤΙ:**

1) ΑΠΟΖΗΜΙΩΝΟΝΤΑΙ ΜΟΝΟ ΤΑ ΕΞΟΔΑ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΕΣΩΚΛΕΙΩΝΤΑΙ ΟΙ ΠΡΩΤΟΤΥΠΕΣ ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΑ ΙΑΤΡΩΝ (MRI, ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ, ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΤΛ)

2) Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΕΝ ΘΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΓΙΑ ΤΟ ΑΦΑΙΡΕΤΕΟ ΠΟΣΟ ΕΚΕΙ ΟΠΟΥ ΠΡΟΝΟΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ.

Υπογραφή Γονέα .....

Παρακαλώ σημειώστε με x όπου ισχύει:

- Θα ακολουθήσουν επιπρόσθετες αποδείξεις ιατρικών εξόδων και να παραμείνει ανοιχτός ο φάκελος
- Δεν θα ακολουθήσουν άλλες ιατρικές αποδείξεις και θα κλείσει ο φάκελος

**ΔΗΛΩΣΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ / ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ (πάντα να σφραγίζεται και υπογράφεται από το Σχολείο)**

- Δηλώνω ότι το πιο πάνω ατύχημα συνέβηκε κατά την ώρα λειτουργίας του σχολείου
- Δηλώνω ότι το πιο πάνω ατύχημα συνέβηκε εκτός ωρών λειτουργίας του σχολείου

.....  
Υπογραφή  
και Σφραγίδα Σχολείου



**ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ****Σκοπός συλλογής και επεξεργασίας**

Η CNP ASFALISTIKI LIMITED («CNP ASFALISTIKI»), οι αντιπρόσωποι και συνεργάτες της, στα πλαίσια της παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών (στο πλαίσιο των οποίων περιλαμβάνεται, μεταξύ άλλων, η εξέταση της Πρότασης για ασφάλιση, τιμολόγηση και είσπραξη ασφαλίσεων, αξιολόγηση απαίτησης για καταβολή αποζημιώσεων) προτίθεται να συλλέξει και να υποβάλει σε επεξεργασία δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα τα οποία αφορούν εσάς ή αφορούν ανήλικους εκ μέρους των οποίων συγκατατίθεστε ως κηδεμόνας. Σε ορισμένες περιπτώσεις αυτά τα δεδομένα θα διαβιβάζονται σε τρίτες χώρες οι οποίες δεν παρέχουν ικανοποιητικό επίπεδο προστασίας των δεδομένων. Η CNP ASFALISTIKI λαμβάνει όλα τα μέτρα για τη διασφάλιση επαρκούς προστασίας των δεδομένων. Είναι απαραίτητο να συλλέξουμε και να επεξεργαστούμε αυτά τα δεδομένα για να μπορέσουμε να σας παρέχουμε ασφαλιστικές υπηρεσίες.

**Πολιτική Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα της CNP ASFALISTIKI**

Η CNP ASFALISTIKI όταν συλλέγει και επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, διασφαλίζει ότι αυτό γίνεται νόμιμα και ότι λαμβάνονται όλα τα αναγκαία μέτρα για την ασφάλειά τους. Η Πολιτική Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα της CNP ASFALISTIKI την οποία μπορείτε να βρείτε στην ιστοσελίδα [www.cnpasfalistikiki.com](http://www.cnpasfalistikiki.com) περιέχει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από μέρους μας και παρακαλούμε όπως την διαβάσετε προσεκτικά.

**Κατηγορίες Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα**

Για την παροχή ασφαλιστικών υπηρεσιών συλλέγουμε και επεξεργαζόμαστε τις ακόλουθες κύριες κατηγορίες Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα:

- Προσωπικές πληροφορίες και πληροφορίες ταυτοποίησης,
- Πληροφορίες τραπεζικών λογαριασμών,
- Πληροφορίες που αφορούν την κατάσταση της υγείας σας,
- Πληροφορίες οι οποίες λαμβάνονται μέσω της χρήσης της ιστοσελίδας μας και των εφαρμογών λογισμικού (apps),
- Πληροφορίες τις οποίες παρέχετε στο πλαίσιο τηλεφωνικής κλήσης με την CNP ASFALISTIKI,
- Πληροφορίες κατά πόσο βαρύνεστε από προηγούμενες καταδίκες σχετικά με την χρήση του μηχανοκίνητου σας οχήματος, ή αν εκκρεμεί δικαστική διαδικασία εναντίον σας,
- Ασφαλιστικό ιστορικό,
- Πληροφορίες για τα περιουσιακά σας στοιχεία

**Ανάκληση συγκατάθεσης**

Σε περίπτωση κατά την οποία επιθυμείτε να ανακαλέσετε την συγκατάθεσή σας για την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να μας ενημερώσετε γραπτώς στη διεύθυνση Ακροπόλεως 17, Στρόβολος, 2006 Λευκωσία, ΤΘ 25218, 1307 Λευκωσία ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση [dpo@cnpcyprus.com](mailto:dpo@cnpcyprus.com). Παρακαλούμε όπως σημειωθεί ότι σε περίπτωση ανάκλησης της συγκατάθεσής σας, ενδεχομένως να μην είμαστε σε θέση να παρέχουμε σε εσάς τις ασφαλιστικές μας υπηρεσίες.

**Δήλωση συγκατάθεσης**

Έχω διαβάσει το περιεχόμενο αυτού του εντύπου το οποίο μου έχει παρασχεθεί από την CNP ASFALISTIKI LTD και συγκατατίθεμαι στην συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα τα οποία περιγράφονται πιο πάνω, για σκοπούς παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών.

.....  
Ονοματεπώνυμο Γονέα.....  
Υπογραφή Γονέα.....  
Ημερομηνία

**ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ  
ΜΑΘΗΤΩΝ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ  
ΠΟΛΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΡΧΙΑΣ ΛΑΡΝΑΚΑΣ**

Η ασφάλεια θα ισχύει από 19/09/2024 – 18/09/2025 καλύπτοντας τους μαθητές το 24ωρο στην Κύπρο και το εξωτερικό.

➤ **Ωφελήματα**

Α. Θάνατο.....	€1.700
Β. Μόνιμη Ολική Ανικανότητα.....	€17.000
Γ. Ιατρικά Έξοδα για κάθε Ατύχημα.....	€2.000
Δ. Σοβαρό Ατύχημα στα δόντια.....	€500*

Επισημαίνεται ότι:

1. Έξοδα για φυσιοθεραπείες μέχρι €500\* ανά ατύχημα.
2. Η κάλυψη για ατύχημα στα δόντια δεν περιορίζεται στις πρώτες 48 ώρες από το ατύχημα.
3. \*ΤΑ ΠΙΟ ΠΑΝΩ ΠΟΣΑ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΩΦΕΛΗΜΑ (Γ) ΙΑΤΡΙΚΑ ΕΞΟΔΑ: €2000

**ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΕΝΤΥΠΟΥ  
ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΜΑΘΗΤΕΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ  
ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ**

Παρακαλώ όπως παραλαμβάνεται τα έντυπα (3 σελίδες) από το σχολείο που φοιτά το παιδί σας.

- Να συμπληρώνεται πλήρως και να παραδίδεται στα γραφεία της Ομοσπονδίας, σε διάστημα **15 ημερών** από την ημερομηνία του ατυχήματος
- Στο σημείο όπου ζητά «υπογραφή γονέα» πρέπει να υπογράψει ο γονέας/κηδεμόνας σημειώνοντας και ολογράφως το ονοματεπώνυμο του.

Αφού αποθεραπευτεί ο ασφαλισμένος (χρονικό διάστημα μέχρι 6 μήνες μετά την αποφοίτηση) πρέπει να υποβάλλεται η όποια επιπρόσθετη πληροφόρηση και να συνοδεύεται από τα ακόλουθα:

- ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ
- ΠΡΩΤΟΤΥΠΕΣ ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ – ΤΙΜΟΛΟΓΙΑ
- ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΑ Ή ΑΛΛΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Τα πιο πάνω έντυπα πρέπει να παραδίδονται στα γραφεία της Ομοσπονδίας Συνδέσμων Γονέων Δημοτικών Σχολείων Λάρνακας, στο Δημοτικό Σχολείο Καθαράς «Δημήτρη Λιπέρη», οδός Πεύκου Γεωργιάδη 1, 6057 Λάρνακα.

Για περισσότερες πληροφορίες, ως προς συμπλήρωση του αιτήματος, παρακαλώ όπως αποταθείτε στην κα Άντρη, τηλ. 24823877 / 96800770, Δευτέρα μέχρι Παρασκευή, ώρες 09:00 – 12:00.