

## Έντυπο γονικής συγκατάθεσης για ασφάλιση ατυχήματος

Ο Πρόεδρος κ. Πανούσης Ευάγγελος και τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου του Ν.Π.Δ.Δ. «ΣΧΟΛΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΣΠΑΤΩΝ- ΑΡΤΕΜΙΔΟΣ» αποφάσισαν με την υπ' αριθμ. 22/2023 απόφαση του Δ.Σ την ομαδική ασφάλιση ατυχημάτων των μαθητών/τριών των Νηπιαγωγείων και Δημοτικών Σχολείων του Δήμου μας στην ασφαλιστική εταιρία ΝΡ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ-ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΟΧΩΝ Ασφαλιζόμενοι Κίνδυνοι	ΣΧΕΔΙΟ Α'	ΣΧΕΔΙΟ Β'	ΣΧΕΔΙΟ Γ'
<b>Θάνατος από ατύχημα</b> Σε περίπτωση Απώλειας Ζωής του Ασφαλισμένου από Ατύχημα καταβάλλεται στους δικαιούχους του ποσό ίσο με :	€ 4.000		
<b>Μόνιμη Ολική Ανικανότητα από ατύχημα</b> Σε περίπτωση Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας από Ατύχημα καταβάλλεται στον Ασφαλισμένο ποσό ίσο με :	€ 4.000		
<b>Μόνιμη Μερική Ανικανότητα από ατύχημα</b> Σε περίπτωση Μόνιμης Μερικής Ανικανότητας από Ατύχημα καταβάλλεται στον Ασφαλισμένο ποσοστό (%) των : ανάλογα με τον βαθμό ανικανότητας	€ 4.000		
<b>ΙΦΕ από ατύχημα</b> Καταβάλλεται στον Ασφαλισμένο για κάθε περίπτωση ατυχήματος, ποσό μέχρι : Καλύπτονται οι δαπάνες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης εντός & εκτός νοσοκομείου.	€ 200		
<b>Νοσοκομειακό Επίδομα από Ατύχημα Ημερησίως</b> Η παροχή καταβάλλεται από την 1η ημέρα νοσηλείας και μέχρι 3 μήνες	€ 5		
ΑΝΩΤΑΤΟ ΟΡΙΟ ΕΥΘΥΝΗΣ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΜΑΔΙΚΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ	€ 60.000		

Ασφάλιστρα περιόδου  
12.9.2023 - 31.7.2024

€ 1.612  
(€ 0,80/άτομο)

### ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ

1. Η ασφαλιστική κάλυψη ισχύει για το σύνολο των παιδιών που φοιτούν στα 6 Γυμνάσια και Λύκεια του Δήμου Σπάτων - Αρτέμιδας, κατά την διάρκεια των μαθημάτων, διαλειμμάτων, εκδρομών, σχολικών εκδηλώσεων, πάντα υπό την επίβλεψη των αρμοδίων για αυτό οργάνων (εκπαιδευτικών) καθώς και μία (1) ώρα (κατά την μετάβαση) και μία (1) ώρα μετά (κατά την επιστροφή στην κατοικία τους).

2. Βασική προϋπόθεση για την έναρξη της ασφάλισης, είναι η **προσκόμιση όλων των απαραίτητων στοιχείων (αίτηση ασφάλισης, ονοματεπώνυμο και ημερομηνία γέννησης των παιδιών) των συμμετεχόντων στην ασφάλιση** σε επεξεργάσιμη μορφή excel. Σε περίπτωση οποιασδήποτε αλλαγής, διαγραφής ή προσθήκης ο Λήπτης της Ασφάλισης θα αποστέλλει εγκαίρως έγγραφη σχετική ειδοποίηση στην Εταιρία.

3. Δεν καλύπτονται οι λειτουργικές, ανατομικές, οι συγγενείς και γενετικές ανωμαλίες.

Οι παρεχόμενες με την παρούσα προσφορά καλύψεις δεν αφορούν προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας, παθήσεις ή σωματικές βλάβες, φυσικά ελαττώματα ή αναπηρίες, νοσηλείες ή χειρουργικές επεμβάσεις, υποτροπή και επιπλοκές εξ' αυτών.

Εξαίρεση Μεταδοτικών Ασθενειών (LMA 5396)

4. Οι δαπάνες των ιατροφαρμακευτικών εξόδων συνεπεία ατυχήματος θα καταβάλλονται στους ασφαλιζόμενους μόνο μετά από περίθαλψη σε Εξωτερικά Ιατρεία Δημοσίου ή Ιδιωτικού Νοσοκομείου.

5. Εκδίδεται ένα συμβόλαιο το οποίο συμπεριλαμβάνει και τα 30 σχολεία και η διάρκεια ασφάλισης ξεκινάει με την έναρξη της σχολικής περιόδου και λήγει με τη λήξη αυτής στις 31/7 εκάστου χρόνου.

Δηλώνω υπεύθυνα

ότι επιτρέπω στον/στην Προϊστάμενο/η- Διευθυντή/ντρια του..... Σχολείου στο οποίο φοιτά το παιδί μου την προσκόμιση όλων των απαραίτητων στοιχείων (αίτηση ασφάλισης, ονοματεπώνυμο και ημερομηνία γέννησης του παιδιού) προκειμένου να συμμετάσχει στην ασφάλιση.

Στοιχεία γονέα/κηδεμόνα

Ονοματεπώνυμο: .....

Τηλέφωνο: .....

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα

(Ημερομηνία)