

# Σ.Ε.Κ.Α.Π.Ε.

ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ

ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΝΑΝΕΩΣΙΜΩΝ ΠΗΓΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ

Απόφ. Πρωτοδικείου Αθηνών 7612/30-12-2002 Αριθμός 721751/03

Έδρα: 19<sup>ο</sup> χλμ. Λεωφ. Μαραθώνος, 190 09 Πικέρμι Τηλ.: 210.66.03.226, 210.66.03.331

---

Πικέρμι, 26 Ιανουαρίου 2010

Αρ. Πρωτ.: 162

Προς

Το προσωπικό του ΚΑΠΕ

## **Θέμα: Πρόσθετη ασφάλιση**

Συνάδελφοι

Μετά από συνάντηση που είχαμε με τη διοίκηση του ΚΑΠΕ συμφωνήσαμε στην **άμεση υλοποίηση** του σχετικού άρθρου της ισχύουσας ΕΣΣΕ για τη πρόσθετη ασφάλιση του προσωπικού του ΚΑΠΕ.

Η Διοίκηση, αν και η ΕΣΣΕ προβλέπει την κάλυψη από τη διοίκηση του 50% του κόστους και 50% από το κάθε εργαζόμενο, μας εξέφρασε την πρόθεσή της να εξετάσει τη δυνατότητα κάλυψης όλου του ποσού, όσον αφορά τον άμεσα ασφαλισμένο, αφού κοστολογηθεί το όλο πρόγραμμα.

**Προκειμένου λοιπόν να ξεκινήσουν οι διαδικασίες χρειαζόμαστε απαραίτητα και τη δική σας συμβολή.**

Χρειαζόμαστε να μας δηλώσετε:

Την εκδήλωση ενδιαφέροντος σας για την ομαδική ασφάλιση.

Τα προστατευόμενα μέλη (σύζυγο και παιδιά)

Εάν έχετε άλλο ομαδικό ή ατομικό πρόγραμμα ασφάλισης.

Η ασφάλιση θα περιλαμβάνει παροχές για:

Ασφάλεια ζωής (Ασφαλιζόμενο ποσό 10.000 €)

Μερική ή ολική μόνιμη ανικανότητα (Ασφαλιζόμενο ποσό 10.000 €)

Νοσοκομειακή Περίθαλψη (Ασφαλιζόμενο ποσό 10.000€) Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (Ανώτατο καταβαλλόμενο ποσό 600 €/έτος)

**Λεπτομέρειες** για τα προγράμματα και τις παροχές δεν ανακοινώνονται, γιατί αφενός μεν διαφέρουν κατά εταιρεία, αφετέρου θα διευκρινιστούν κατά την διαδικασία κατάθεσης των τελικών προσφορών τους.

**Το προϋπολογιζόμενο συνολικό κόστος είναι:**

Για τον άμεσα ασφαλισμένο: 20€ μηνιαίως (10€ για τον εργαζόμενο 10€ για το ΚΑΠΕ).

Για ένα προστατευόμενο μέλος, +15€

Για δύο και πάνω μέλη: +30€

Τα κόστη αυτά έχουν υπολογισθεί για εκατόν τριάντα (130) περίπου εργαζόμενους, χωρίς να υπολογίζονται προστατευόμενα μέλη.

Η όσο το δυνατόν προσέγγισή μας σε ακριβή νούμερα, όπως καταλαβαίνετε, είναι περισσότερο από βέβαιο ότι θα φέρει ακόμα περισσότερες μειώσεις στο προϋπολογιζόμενο κόστος.

**ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΖΕΤΑΙ:**

Η συμπλήρωση του σχετικού πίνακα, είναι απλά και μόνο **εκδήλωση ενδιαφέροντος** και **όχι δήλωση συμφωνίας και υπαγωγής** στο πρόγραμμα ομαδικής ασφάλισης.

Για την αποδοχή σας των όρων του προγράμματος, θα ακολουθήσει επόμενη φάση διαδικασιών.

ΕΠΙΘΕΤΟ	
ΟΝΟΜΑ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΣΤ. ΜΕΛΩΝ	
ΑΛΛΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	
ΑΛΛΟ ΟΜΑΔΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	
ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	

Για το Δ.Σ.

Ο Αντιπρόεδρος

Κώστας Σολωμός



Η Γραμματέας

Ουρανία Σούρα