ПАМЯТКА ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ

Настоящая Памятка содержит выдержку из условий Договора коллективного страхования от несчастных случаев № \_\_\_ от \_\_ г. (далее – Договор), заключенного между ООО «Абсолют Страхование» (далее – Страховщик) и ООО МФК «Е заем» (далее – Страхователь) на условиях Правил страхования от несчастных случаев и болезней в редакции, действующей на дату заключения Договора, являющихся неотъемлемой частью Договора.

Подключение Застрахованного к Договору не является необходимым условием выдачи займа Застрахованному.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО** | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО)* | дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *Паспорт: серия* \_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ** | Застрахованное лицо или его законные наследники. | |
| **СТРАХОВЫЕ РИСКИ** | * Смерть Застрахованного в результате несчастного случая, произошедшего в течение периода страхования («Смерть в результате НС»); * Инвалидность Застрахованного I или II группы в результате несчастного случая, произошедшего в течение периода страхования («Инвалидность I, II группы в результате   НС»). | |
| **ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ** | Российская Федерация. | |
| **СТРАХОВАЯ СУММА** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_прописью\_\_ ) рублей \_\_ коп. | |
| **ПЕРИОД СТРАХОВАНИЯ:** | 30 календарных дней  *с 00.00 часов «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. до 23.59 часов «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. включительно.* | |

# Что делать, если произошло страховое событие?

Если произошло страховое событие Застрахованному лицу или его представителям необходимо уведомить Страхователя и Страховщика об этом любым доступным способом в разумные сроки, но не позже, чем в течение 30 (Тридцати) дней с момента, когда стало известно о наступлении страхового события.

Далее необходимо предоставить Страховщику следующие документы (оригиналы или их копии, заверенные выдавшим органом или его должностным лицом либо нотариусом):

# В случае Смерти в результате НС:

а) свидетельство органа ЗАГС о смерти Застрахованного лица;

б) документ, содержащий данные о причине смерти Застрахованного лица и наличии (отсутствии) алкогольного, наркотического опьянения (Акт вскрытия либо выписка из него, заключение судебно-медицинской экспертизы либо выписка из нее, медицинское свидетельство о смерти Застрахованного (если вскрытие не производилось);

в) акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (если смерть Застрахованного наступила в результате несчастного случая на производстве), другой документ, составленный соответствующим уполномоченным органом, достоверно свидетельствующем о факте и обстоятельствах события, повлекшего смерть Застрахованного лица (при наступлении страхового случая в результате несчастного случая);

г) свидетельство о праве на наследство (при получении страховой выплаты наследниками Застрахованного или наследниками Выгодоприобретателя);

д) документ, подтверждающий родство либо факт усыновления/опекунства/попечительства (при получении страховой выплаты законными представителями Застрахованного);

е) документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя/наследника.

# В случае Инвалидности I, II группы в результате НС:

а) акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1 (в случае получения производственной травмы), другой документ, составленный соответствующим уполномоченным органом, достоверно свидетельствующий о факте и обстоятельствах несчастного случая, повлекшего причинение вреда здоровью (в случае наступления страхового случая в результате несчастного случая);

б) заключение соответствующего учреждения, определенного действующим законодательством РФ, об установлении группы инвалидности;

в) документы, подтверждающие причинно-следственную связь между произошедшим несчастным случаем и установлением инвалидности (копия амбулаторной карты или истории болезни, выписка из амбулаторной карты или истории болезни, направление на медико-социальную экспертизу, акт медико-социальной экспертизы и др.);

г) данные соответствующих лабораторных и инструментальных методов исследования, подтверждающие установленный диагноз (по требованию Страховщика);

д) документ, подтверждающий родство либо факт усыновления/опекунства/попечительства (при получении страховой выплаты законными представителями Застрахованного);

е) документ, удостоверяющий личность.

# Информация о порядке отключения от программы

Застрахованное лицо может в одностороннем внесудебном порядке расторгнуть (прекратить) Договор страхования в отношении себя, уведомив об этом Страхователя. При этом в случае обращения Застрахованного лица в адрес Страхователя с письменным заявлением об исключении из числа застрахованных лиц по Договору страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты подачи Заявления на страхование, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, сумма уплаченной страховой премии и уплаченного вознаграждения за организацию страхования (плата за присоединение к Договору страхования) подлежит возврату в полном объеме. Возврат денежных средств осуществляет Страхователь в срок, не превышающий 7 (семь) рабочих дней со дня получения письменного заявления об исключении из числа застрахованных лиц по Договору страхования.

В случае обращения Застрахованного лица в адрес Страхователя с письменным заявлением об исключении из числа застрахованных лиц по Договору страхования по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней с даты подачи настоящего Заявления, либо в случае наличия событий, имеющих признаки страховых случаев в период действия Договора в отношении меня Застрахованного лица, сумма платы за присоединение к Договору страхования (сумма уплаченной страховой премии и уплаченного вознаграждения за организацию

страхования) возврату не подлежит.

# Обязательства перед Застрахованным лицом по Договору несет Страховщик – страховая компания ООО «Абсолют Страхование».

**Контакты Страховой компании:**

Адрес: 115280, г. Москва, ул. Ленинская Слобода, д. 26

Телефон: 8 (495) 025-77-77 для Москвы и Московской области, 8 (800) 200-18-38 для регионов (звонок бесплатный)