**ПАМЯТКА ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО:** | *хххххххххххххххххххххххх (ФИО) дата рождения* |
| *Паспорт: серия №* |
| **ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ** | Застрахованное лицо или его законные наследники. |
| **СТРАХОВЫЕ РИСКИ** | * Смерть в результате несчастного случая (Страховая выплата в размере 100% Страховой суммы); * Инвалидность I или II группы в результате несчастного случая. (Страховая выплата в размере 100% Страховой суммы) |
| **ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ** | Российская Федерация |
| **СТРАХОВАЯ СУММА** | 30 000,00 (тридцать тысяч) рублей |
| **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ** | 0,11% |
| **ПЛАТА ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ СТРАХОВАНИЯ** | \_\_\_\_\_% |
| **СТОИМОСТЬ СТРАХОВАНИЯ** | \_\_\_\_\_\_\_ руб. |
| **ПЕРИОД СТРАХОВАНИЯ:** | 90 календарных дней  *с 00.00 часов «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. до 23.59 часов 90 (девяностого) дня, следующего за датой начала срока страхования.* |

**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 в офис Страхователя следующие документы (оригиналы или их копии, заверенные выдавшим органом или его должностным лицом либо нотариусом):

1. **В случае смерти Застрахованного лица 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 (в случае наступления 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.

**2. В случае установления Застрахованному лицу I или II группы инвалидности:**

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 и Страховщика. При этом сумма платы за присоединение к договору страхования (сумма уплаченной страховой премии и уплаченного Страхователю вознаграждения за присоединение к договору страхования) возврату не подлежит.

**Контакты Страховой компании:**

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

Телефон: 8 (495) 987-18-38 для Москвы и Московской области, 8 (800) 987-18-38 для регионов (звонок бесплатный)