|  |
| --- |
| Приложение № 5 |
| к Договору № от « »декабря 2018г. |
|  |

Страховой полис

**к договору страхования от несчастных случаев и болезней**

**№ \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_г.**

АО «Тываэнерго» обеспечивает своих сотрудников страхованием от несчастных случаев и болезней.

Материальная защита состоит в том, что при наступлении нижеуказанных событий сотрудник или его семья получает единовременную денежную компенсацию (страховую выплату) от страховой компании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Размер указанной выплаты не зависит от компенсации, причитающейся сотруднику или его семье в рамках обязательного социального страхования.

Настоящим \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подтверждает факт заключения договора страхования от несчастных случаев и болезней, в соответствии с которым:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **г-н (г-жа):** |  | |
| **является Застрахованным на следующих условиях:** | | |
| **Страхователь:** | | **АО «Тываэнерго»** |
| **Срок страхования:** | | **с 00 часов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года до 00 часов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года** |
| **Территория страхования:** | | **Весь мир** |
| **Время действия страхования:** | | **24 часа в сутки** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ЗАСТРАХОВАННЫЕ РИСКИ** | **ОБЪЕМ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ** | **СТРАХОВАЯ СУММА, руб.** |
| Смерть в результате несчастного случая или естественных причин |  |  |
| Постоянная утрата трудоспособности (инвалидность) в результате несчастного случая или заболевания |  |  |
| Временное расстройство здоровья в результате несчастного случая |  |  |

**Назначение Выгодоприобретателей:**

Для назначения Выгодоприобретателей по риску «Смерть в результате несчастного случая или болезни» необходимо заполнить Заявление о назначении Выгодоприобретателя.

В случае если указанное Заявление не заполнено, Выгодоприобретателями признаются законные наследники сотрудника.

Бланк Заявления находится в Департаменте \_\_\_\_\_\_

От Страховщика:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Действия Застрахованного при наступлении страхового случая:**

1. Обратиться за медицинской помощью.
2. Известить о наступлении страхового случая Страховщика» раб. тел.:

( ) Email: в течение 30 (тридцать) суток, начиная со дня, когда стало известно о наступлении страхового случая, любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения.

1. Направить Страховщику раб. тел.: Email: письменное заявление и полный пакет документов для получения страховой выплаты необходимо направить по адресу:

**Для подтверждения страхового случая к заявлению о получении страховой выплаты необходимо приложить следующие документы:**

*Указывается в соответствии с п. 5.8. договора страхования*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Координатор программы от** | **Специалист отдела выплат** | **Координатор программы  от АО «ТЫВАЭНЕРГО»:**  **ФИО** |

|  |  |
| --- | --- |
| **От имени Страховщика:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ /**  **М.П.** | **От имени Страхователя:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Н.А.Федоров /**  **М.П.** |