

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ

1. Кто заполняет Заявление (Заявитель).															
ФИО, печатными буквами															
Адрес проживания															
Моб. тел.	+	7											Эл. почта		
Дом. тел.	+	7													

Прошу включить в списки застрахованных лиц по Московской социальной программе «Страхование кормильца. Столица» следующее лицо:

2. Для кого действует страховая защита (Застрахованное лицо).															
<input type="checkbox"/> Заявитель является Застрахованным (не заполняются сведения, если они уже указаны в п. 1)															
ФИО, печатными буквами															
Паспорт	серия				номер										
Дата рождения (Возраст не более 64 лет)					1 9				Пол		<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж				
	д	д	м	м	г	г	г	г							
Моб. тел.	+7												Эл. почта		
Дом. тел.	+7														
Адрес фактического проживания															
Место работы, должность															
Страховая сумма и страховые риски	50 000 руб.			Травма в результате НС; Смерть в результате НС; Инвалидность в результате НС, где НС – несчастный случай											
Период действия страховой защиты	Только во время исполнения трудовых (служебных) обязанностей														

3. Сведения о Выгодоприобретателе:													
ФИО, печатными буквами													

4. Сведения об изменениях условий страхования:				
Страховая сумма	Страховые риски	Период действия защиты	Стоимость	Отметка
100 000	Несчастный случай и внезапная (критическая) болезнь	24 часа (круглосуточно), включая спортивные мероприятия	1 250	<input type="checkbox"/>
300 000			3 750	<input type="checkbox"/>
500 000			6 250	<input type="checkbox"/>
1 000 000			12 500	<input type="checkbox"/>

С условиями страхования по программе «Страхование кормильца. Столица» ознакомлен и соглашаюсь с ними в полном объеме. Достоверность указанных сведений подтверждаю. Настоящим заявляю, что Застрахованный: не является инвалидом I, II или III группы, бюро МСЭ не рассматривает документы на установление группы инвалидности; не состоит на учете в наркологических, психоневрологических диспансерах; не страдает стойкими нервными и/или психическими расстройствами (включая эпилепсию); не обращался за консультацией и лечением в связи со СПИДом или состоянием, связанным со СПИДом; онкологическими заболеваниями, хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, печени и ЖКТ, хронической почечной недостаточностью, гепатитами вирусной и невирусной природы, аутоиммунными заболеваниями; не находится под следствием (обвиняемые, подозреваемые, подсудимые) и в местах лишения свободы.

Мне хотелось бы узнать о других Московских социальных программах:	
<input type="checkbox"/>	Бесплатное страхование моих детей по социальной программе «Детство под защитой. Столица»
<input type="checkbox"/>	Льготное добровольное медицинское страхование «Здоровье под защитой. Столица»
<input type="checkbox"/>	Льготное страхование жилья и ответственности
<input type="checkbox"/>	Льготное страхование автомобиля

Настоящим я соглашаюсь на обработку всех персональных данных, содержащихся в заявлении на страхование, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, для исполнения условий договора страхования, в целях продвижения товаров, работ и услуг на рынке, включая получения информации, в том числе рекламного характера с помощью SMS и почтовой рассылки.

Заявитель _____

(фамилия, имя, отчество)

(Подпись)

« _____ » _____ 20__ г.

(дата заполнения)

Уважаемые жители г. Москвы и Московской области!

У Вас есть уникальная возможность **бесплатно** защитить себя и свою семью от непредвиденных расходов в случае получения травмы или более серьезных последствий. Для этого Вам необходимо получить страховой сертификат участника Московской социальной программы «Страхование кормильца. Столица» (далее – Программа), проводимой некоммерческой общественной организацией «Московская ассоциация предпринимателей».

Наличие страхового сертификата Программы позволит Вам получить компенсацию в случае получения травмы, ожогов, отравлений и других неприятных событий. Само же страхование осуществляется за счет социальных партнеров (спонсоров) – предприятий и организаций, оплачивающих Вашу страховую защиту. Таким образом, для Вас страхование является **бесплатным**.

Краткие условия Программы.

Воспользоваться Программой может любой дееспособный гражданин России, не имеющий инвалидности и психических отклонений, в возрасте от 18 до 65 лет включительно.

Параметры страхования.

1. Сумма, на которую застрахованы жизнь и здоровье (страховая сумма) – 50 000 рублей.
2. Стоимость страхования (страховой взнос) – безвозмездно, за счет социальных партнеров (спонсоров).
3. Срок страхования – 12 месяцев от даты внесения лица в Список застрахованных.
4. Страховые риски – события, на случай которых оформляется договор страхования:
 - Травма в результате несчастного случая, с выплатой в % от страховой суммы в зависимости от вида и тяжести травмы, согласно таблице выплат уполномоченной страховой компании;
 - Смерть в результате несчастного случая с выплатой 100% от страховой суммы.
 - Инвалидность в результате несчастного случая с выплатой в зависимости от группы инвалидности:
 - I группа – 100% страховой суммы
 - II группа – 75% страховой суммы
 - III группа – 50% страховой суммы
5. Период действия страховой защиты – только во время исполнения своих служебных (трудовых) обязанностей. Если человек считает необходимым расширить действие страховой защиты на 24 часа в сутки (включая время занятия любым спортом и участия в соревнованиях), а также увеличить страховую сумму, то он сможет это сделать в добровольном порядке.

Как получить страховой сертификат.

1. Заполнить Заявление (бланк на обратной стороне).
2. Передать Заявление представителю или непосредственно в любой офис Программы.
3. Получить Сертификат Застрахованного, выдаваемый в офисах Программы.

Другие социальные программы в Москве и Московской области.

«Детство под защитой. Столица» – бесплатное страхование детей от несчастных случаев во время нахождения в образовательном учреждении.

«Здоровье под защитой. Столица» – льготное добровольное медицинское страхование взрослых и детей с возможностью лечения в лучших клиниках г. Москвы и Московской области.



Страховая Акционерная Компания
ЭНЕРГОГАРАНТ



Программа реализуется Комитетом по страхованию Московской ассоциации предпринимателей.

Уполномоченный оператор Программы:

ООО «Семья под защитой. Столица», ОГРН, ИНН/КПП 7725818981/772501001

109004, Москва, улица Станиславского, дом 22, строение 2

Представительства и контакты в Московской области.

г. Королев: пр-кт Королева, д. 28а, отдельный вход (925) 154-70-02

г. Мытищи, Новомытищинский пр-кт, д. 30/1, оф. 225 (965) 152-04-75

Подробная информация на сайте www.inguard.ru