

ЗАЯВЛЕНИЕ

о заключении договора коллективного страхования работников от несчастных случаев

_____ (наименование страхователя)

_____ Местонахождение, телефон

просит заключить на условиях, предусмотренных Правилами страхования от несчастных случаев № 2 от 26.01.2004 года, договор страхования работников от несчастных случаев на срок _____ в количестве _____ человек.

Аналогичный договор страхования от несчастных случаев:

1. не заключен
2. заключен со страховой организацией _____
на срок _____

Заключались ли ранее аналогичные договоры страхования от несчастных случаев:
да нет

Если заключались, то с какими страховыми
организациями _____

на срок _____

Условия страхования:

1. Вариант А - Страхование покрытие 24 часа в сутки
2. Вариант Б - Страхование покрытие, ограниченное периодом при
исполнении служебных обязанностей и временем в пути к месту
исполнения служебных обязанностей и обратно.
3. Вариант В - Страхование покрытие, ограниченное периодом
нахождения при исполнении служебных обязанностей
4. Вариант Д - Страхование покрытие только на случай смерти и
постоянного расстройства здоровья

Дополнительное страхование косметики лица

Выплата страхового обеспечения по факту травмы

Общая страховая сумма по договору составляет _____

Валюта уплаты страхового взноса

**Общий страховой
взнос** _____

Способ уплаты страхового взноса

Единовременно в два срока поквартально
ежемесячно

Прилагается список работников, застрахованных лиц от несчастных случаев за счет средств предприятий и организаций, являющийся неотъемлемой частью заявления и договора страхования.

Руководитель предприятия (организации)

_____/_____/

Главный бухгалтер

_____/_____/

СПИСОК

работников

(наименование страхователя)

застрахованных от несчастных случаев:

№ п/п	Ф.И.О. Застрахованного лица	Ф.И.О и адрес Выгодопр иобретат	Год ро жд	Профе ссия,	Работа в ночное время	Размер страхо вой суммы	Размер страх ового взноса	Время пути на работу
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Руководитель предприятия (организации)

_____ (_____)