**ГУЗ «Детская поликлиника № 3»**

**Договор**

**Коллективного страхования членов профсоюза первичной организации профсоюза**

**ГУЗ «Детская поликлиника №3»,Тракторозаводского района, г.Волгоград,**

**Тел/факс (8442) 70-01-20, тел.(8442) 70-02-96.**

**В целях дополнительной социальной защиты членов профсоюза Волгоградский областной комитет профсоюза работников здравоохранения, в лице председателя Ерохиной Ирины Владимировны с одной стороны, и профкома ГУЗ «Детская поликлиника №3», в лице председателя профкома Блок Веры Алексеевны, с другой стороны, действующими на основе Устава Профсоюза работников здравоохранения РФ, заключили «Договор о коллективном страховании членов профсоюза» в форме единовременной денежной выплаты члену профсоюза при следующих страховых случаях: длительном заболевании, инвалидизации при общем заболевании, трудовом увечье, профессиональном заболевании, а также родственникам в случае гибели члена профсоюза на производстве.**

**Для реализации Договора:**

1. **Профсоюзный комитет организации производит за счет собственных средств при наличии листка нетрудоспособности свыше 30 дней единовременную денежную выплату члену профсоюза в размере 500 рублей, но не чаще одного раза в год.**
2. **Обком профсоюза производит один раз в год из собственных средств единовременную выплату члену профсоюза:**

**2.1.при временной нетрудоспособности свыше зо дней, связанной с производственной травмой, профессиональным заболеванием и травмой в пути на работу и с работы в размере 4 тыс.рублей;**

**2.2.при выходе на первичную инвалидность в результате :**

**-общего заболевания – 5 тыс. рублей;**

**-травмы в пути на работу и с работы – 10 тыс.рублей;**

**-производственной травмы или профессионального заболевания – 15тыс рублей;**

**2.3. в случае гибели по причине несчастного случая, связанного с производством или работой – 50 тыс.рублей(ближайшим родственникам).**

**3.р Обком профсоюза при рождении 3-го ребенка члену профсоюза выплачивается единовременное пособие в размере 15000руб..**

**Документы подаются первичной организацией профсоюза в областной комитет по**

**п.п2.1. и 2.2.не позднее 2 месяцев после окончания нетрудоспособности, по пункту 2.3.не позднее з-х месяцев. Срок действия договора до 31.12.2016года.**

**Председатель обкома профсоюза Председатель первичной**

**работников здравоохранения организации профсоюза**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.**

**Продлен на 2017 год**

|  |
| --- |
|  |
|  |