Приложение

к Полису-оферте страхования от несчастного случая граждан, находящихся в местах лишения свободы

|  |
| --- |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ**  **на страхование от несчастных случаев и болезней граждан,**  **находящихся в местах лишения свободы** |

**Прошу заключить Договор страхования от несчастных случаев и болезней на основании «Правил страхования от несчастных случаев и болезней лиц, пребывающих в местах лишения свободы» ООО СК «АСКОР» и «Правил страхования от несчастных случаев и болезней» ООО СК «АСКОР», в редакциях действующих на дату подачи настоящего Заявления**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. СТРАХОВАТЕЛЬ:** | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| *(фамилия, имя, отчество полностью)* | | | | | | | | | | | | | |
| Гражданство | | | *РФ* | | | | | | | | | | | | | |
| Дата и место рождения | | |  | | | |  | | | | | | | | | |
| *(число, месяц, год) (место рождения)* | | | | | | | | | | | | | |
| Паспорт | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| *(серия номер, когда, кем выдан, код подразделения)* | | | | | | | | | | | | | |
| Адрес регистрации, телефон, E-mail | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **2.ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО:** | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| *(фамилия, имя, отчество полностью)* | | | | | | | | | | | | | |
| Гражданство | | | *РФ* | | | | | | | | | | | | | |
| Дата и место рождения | | |  | | | | |  | | | | | | | | |
| *(число, месяц, год) ( место рождения)* | | | | | | | | | | | | | |
| Паспорт (при наличии) | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| *(серия номер, когда, кем выдан, код подразделения)* | | | | | | | | | | | | | |
| Инкриминируемое деяние (осужден) по следующим статьям Уголовного Кодекса РФ: | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Срок на который осужден: | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Адрес местонахождения: | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Срок содержания Застрахованного лица на дату заключения договора | | | * до 1 года | | | | | | * от 1 года до 3-х лет | | | | * более 3-х лет | | | |
| **3. ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ:** | | | Застрахованный, наследники по закону либо по завещанию | | | | | | | | | | | | | |
| **4. ОСНОВНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ:** Валюта договора – Российский рубль | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.1. Страховой случай (**выбрать и отметить) | | | | | | | | | | **Размер страхового возмещения** | | | | | | |
| 4.1.1. | ***«Травматическое повреждение Застрахованного в результате несчастного случая»,*** в том числе в результате противоправных действий третьих лиц | | | | | | | | | По п. 7.3.1. Правил – по Таблице размеров страховых выплат (Приложение 1 к Правилам страхования) | | | | | | * Да |
| 4.1.2. | ***«Инвалидность Застрахованного в результате несчастного случая»,*** в том числе в результате противоправных действий третьих лиц | | | | | | | | | По п. 7.3.2. Правил:  Первая группа инвалидности – 100%;  Вторая группа инвалидности – 75%;  Третья группа инвалидности – 50%. | | | | | |
| 4.1.3. | ***«Смерть Застрахованного в результате несчастного случая»,*** в том числе в результате противоправных действий третьих лиц | | | | | | | | | По п. 7.3.3. Правил – 100% | | | | | |
| 4.1.4. | ***«Впервые диагностированное заболевание туберкулезом»*** | | | | | | | | | По п. 7.3.4. Правил – 50% | | | | | | * Да |
| 4.1.5. | ***«Смерть в результате впервые диагностированного заболевания туберкулезом»*** | | | | | | | | | По п. 7.3.3. Правил – 100% | | | | | |
| **Общий размер всех произведённых страховых выплат не может превысить установленную страховую сумму.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. СВЕДЕНИЯ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.1. Наличие хронических заболеваний | | | | | | * **Нет** | | | | | * Нет | | | | | |
| Если «Да», укажите имеющиеся заболевания | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 5.2. Наличие инвалидности | | | | | | * Да | | | | | * Нет | | | | | |
| Если «Да», укажите группу инвалидности | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **6. ПЕРИОД СТРАХОВАНИЯ:** | | | | | | Круглосуточно | | | | | | | | | | |
| **7. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ** | | | | | | При нахождении Застрахованного лица в местах лишения свободы и/или при его следовании к месту лишения свободы | | | | | | | | | | |
| **8. СТРАХОВАЯ СУММА, руб.:** | | | | | | Несчастный случай | | | | | |  | | | | |
| Туберкулез | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| **9. СРОК СТРАХОВАНИЯ (в месяцах):** | | | | | | 12 месяцев | | | | | | | | | | |
| Сведения, приведенные в п. 1; 2; 5. Заявления, рассматриваются как обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.  Декларация: Настоящим подтверждается:  - что изложенные в данном Заявлении сведения являются истинными, и никакая существенная информация, относящаяся к объекту страхования, не была сокрыта или искажена.  О последствиях предоставления заведомо ложных сведений предупрежден (признание договора недействительным и применение последствий, предусмотренных п.2 ст.179 ГК РФ).  - Страхователь, как получатель страховых услуг, подтверждает, что ему Страховщиком предоставлена информация в соответствие с п.2.1.2 и с п.3.3.1 (раздел «Раскрытие информации» на сайте <http://www.askorst.ru>  «Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц – получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации».  - что Страхователь ознакомлен с условиями страхования по Правилам страхования от несчастных случаев и болезней граждан, находящихся в местах лишения свободы, размещенными на сайте Страховщика. <http://www.askorst.ru>  **«С Правилами страхования и условиями страхования ознакомлен и согласен. Правила страхования получил»** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **СТРАХОВАТЕЛЬ** | |  | |  |  | | | | | | | | | .. |  | |
|  | | *(подпись)* | |  | *(фамилия, инициалы)* | | | | | | | | |  | *.(дата)* | |

**Допускается подача Страхователем данного Заявления на страхование в электронном или устном виде на основании п.2.ст.940 ГК РФ, п.4.ст.6.1. Закона РФ от 27.11.1992 N 4015-1 (ред. от 02.12.2019) «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и п.8.4. Правил страхования. Заверение подписью Страхователя в этом случае не требуется. Правильность заполнения Заявления на страхование подтверждается фактом оплаты страховой премии и акцепта Договора страхования.**