

Приложение
к Полису-оферте страхования
от несчастных случаев и болезней

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, находящихся в местах лишения свободы» ООО «РИКС» в редакции от 06.11.2020 г. (далее – Правила страхования)

1. СТРАХОВАТЕЛЬ:	Хлызова Анастасия Павловна (фамилия, имя, отчество полностью)	
Гражданство	Российская Федерация	
Дата и место рождения	09.06.1989 (число, месяц, год)	Кемеровская область - Кузбасс, г Новокузнецк (место рождения)
Паспорт	3217 769937, Отделением в Орджоникидзевском районе отдела УФМС России по Кемеровской области в гор. Новокузнецке, (серия номер, когда, кем выдан, код подразделения)	
Адрес регистрации, телефон, E-mail	Кемеровская область - Кузбасс, г Новокузнецк, р-н Орджоникидзевский, ул Доростровская, д 13, кв 18 +7 (904) 578-80-09	
2. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО:	Хлызов Павел Валерьевич (фамилия, имя, отчество полностью)	
Гражданство	Российская Федерация	
Дата и место рождения	14.07.1989 (число, месяц, год)	г. Балхаш, Джезказганской области Казахской ССР (место рождения)
Паспорт (при наличии)	3210 897737 (серия номер, когда, кем выдан, код подразделения)	
Инкриминируемое деяние (осужден) по следующим статьям Уголовного Кодекса РФ:	ч.2 ст. 159.6	
Срок, на который осужден:		
Адрес местонахождения:	г. Новокузнецк, Кемеровская область ул. Полосухина, 3, г. Новокузнецк, Кемеровская область, 654034 СИЗО-2	
Срок содержания Застрахованного лица на дату заключения договора	до 1 года	
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 2 к Правилам страхования)
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%
4.1.5.	«Смерть в результате впервые диагностированного заболевания туберкулезом»	По п. 7.3.3. Правил – 100%
		Да
		Нет.

Общий размер всех произведённых страховых выплат не может превысить установленную страховую сумму.		
5. СВЕДЕНИЯ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА:		
5.1. Наличие хронических заболеваний	Нет.	
Если «Да», укажите имеющиеся заболевания		
5.2. Наличие инвалидности	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	2 000 000,00
	Заболевание туберкулезом	
9. СРОК СТРАХОВАНИЯ (в месяцах):	12	
<p>Сведения, приведенные в пунктах 1; 2; 5. настоящего Заявления, рассматриваются как обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.</p> <p>Декларация: Настоящим подтверждается:</p> <ul style="list-style-type: none"> - что изложенные в настоящем 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 соответствии с п. 2.1.2 и с п. 3.3.1 (раздел «Уголок потребителя» на сайте www.riks-ins.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 www.riks-ins.ru. <p>«С Правилами страхования и условиями страхования ознакомлен, с их положениями согласен и обязуюсь выполнять. Правила страхования получил»</p>		
СТРАХОВАТЕЛЬ		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> (подпись) (фамилия, инициалы) (дата) </div>		

Допускается подача Страхователем настоящего 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 настоящего Заявления подтверждается фактом оплаты страховой премии и акцепта Договора страхования.