

«Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней» в редакции от 01.06.2020г. Страховщика (далее - Правила), размещенных на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет: <https://bsoinsur.ru/wp-content/uploads/Pravila-NSi-B-1.pdf>.

Настоящее Заявление является основанием для оформления Договора страхования (далее - Полиса) и является его неотъемлемой частью. Заявление должно быть заполнено Страхователем или его надлежаще уполномоченным представителем. Все ответы должны быть полными и достоверными.

В соответствии с п. 1 ст. 944 ГК РФ Страхователь обязан сообщить все известные обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). Условия заключаемого Полиса мне разъяснены и понятны в полном объеме.

*Выбранный вариант ответа отметить знаком «X», недостающее – вписать.*

**1. СТРАХОВАТЕЛЬ**

Ф.И.О.	
Пол:	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж
Дата рождения:	
Адрес места жительства (регистрации):	
Вид и данные удостоверяющего личность Страхователя документа:	
Контактный телефон, адрес электронной почты (обязательно для отправления Правил и образца полиса):	

**2. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО**

Ф.И.О.	
Пол:	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж
Дата рождения:	
Адрес местонахождения:	
Статья УК РФ (обязательная строка для заполнения)	

**2.1. Наличие на дату заполнения настоящего Заявления у Застрахованного следующих заболеваний:**

- онкологические заболевания	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, _____
- хронические сердечно-сосудистые заболевания	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, _____
- СПИД, ВИЧ-инфицирован	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, _____
- гепатит С	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, _____
- туберкулез легких	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, _____
- иные хронические заболевания (указать при наличии)	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, _____

**Нахождение на дату заполнения настоящего Заявления Застрахованного на учете в:**

- наркологических диспансерах	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, _____
- психоневрологических диспансерах	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, _____
- противотуберкулезных диспансерах	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, _____
- кожновенерологических диспансерах	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, _____

Наличие инвалидности, или направления на МСЭ Застрахованного на дату заполнения настоящего Заявления:  Нет  Да, \_\_\_\_\_  
(при наличии указать диагноз, дату установления группы инвалидности или направления на МСЭ)

**Сведения, указанные Страхователем в п.п. 2, 2.1 Заявления рассматриваются как обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.**

*При положительном ответе на эти пункты у Агента должно появляться сообщение/подсказка, что по данному Заявлению Полис может быть заключён только через андеррайтера.*

<b>3. ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ</b>	3.1. Застрахованное лицо или его законный представитель по п.4.1.1, 4.1.2, 4.2.1 Заявления. 3.2. Наследники Застрахованного в соответствии с действующим законодательством РФ по п.4.1.3. Заявления
------------------------------	--

**4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ И РАЗМЕР СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ (в %% от страховой суммы)**

<b>4.1. Страхование от несчастных случаев</b>	<input type="checkbox"/>
<b>4.1.1. «Телесные повреждения (Травма) в результате несчастного случая», в том числе в результате противоправных действий третьих лиц (п. 4.2.10 и 4.2.11 Правил)</b>	в зависимости от тяжести травмы в проценте от страховой суммы по рискам п.4.1. Заявления, согласно Таблице выплат, Приложение 2 к Правилам
<b>4.1.2. «Инвалидность в результате несчастного случая» - установление инвалидности Застрахованному в результате несчастного случая, в том числе в результате противоправных действий третьих лиц (п. 4.2.2. и 4.2.12. Правил).</b>	I группы инвалидности - 70%, II группы инвалидности - 50%, III группы инвалидности – 30 % от страховой суммы по рискам п. 4.1. Заявления .
<b>4.1.3. . «Смерть в результате несчастного случая» - смерть Застрахованного в результате несчастного случая, в том числе в результате противоправных действий третьих лиц (п.4.2.3 и 4.2.13 Правил).</b>	100% страховой суммы по рискам п. 4.1. Заявления, за вычетом выплат произведённых, по рискам п. 4.1.1, 4.1.2.
<b>Страховая сумма по п.4.1.:Страхование от несчастного случая.</b>	<input type="checkbox"/> 50 000 рублей, <input type="checkbox"/> 100 000 рублей <input type="checkbox"/> 500 000 рублей
<b>4.2. Страхование на случай критических заболеваний:</b>	<input type="checkbox"/>
<b>4.2.1. «Критическое заболевание» - впервые диагностированное критическое заболевание: Туберкулез легких, СПИД - инфицирование вирусом иммунодефицита человека, гепатит С (п.4.2.7. Правил)</b>	50% от страховой суммы в случае впервые диагностированного критического заболевания; 100% от страховой суммы в случае смерти от впервые диагностированного критического заболевания.
<b>Страховая сумма по п.4.2.:Страхование на случай критического заболевания.</b>	<input type="checkbox"/> 50 000 рублей, <input type="checkbox"/> 100 000 рублей <input type="checkbox"/> 500 000 рублей

<b>5. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ:</b>	Места содержания под стражей подозреваемых и обвиняемых (следственные изоляторы, изоляторы временного содержания подозреваемых и обвиняемых) и учреждения уголовно-исполнительной системы, исполняющие уголовное наказание в виде лишения свободы, а также маршрут следования (этапирования) к указанным местам принудительного содержания.
<b>6. СРОК СТРАХОВАНИЯ:</b>	12 месяцев
<p><b>7. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ.</b></p> <p>7.1. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие событий, указанных в п.п. 4.6.1. – 4.6.5. Правил в т.ч.:</p> <p>7.1.1. Самоубийства или попытки самоубийства (за исключением доведения до самоубийства в соответствии со статьей 110 УК РФ, что должно быть подтверждено приговором суда, вступившим в законную силу).</p> <p>7.2. События, указанные в п. 4.1. настоящего Заявления, не являются страховыми рисками, страховыми случаями и страховая выплата не производится за вред, причиненный жизни или здоровью Застрахованного лица, если он наступил во время или в результате прямых или косвенных последствий обстоятельств (событий), указанных в п.п.4.7.1.- 4.7.7, 4.8.4.,4.8.5, 4.8.10-4.8.13 Правил, в т.ч.:</p> <p>7.2.1. умышленного преступного действия или бездействия Застрахованного лица, направленного на наступление страхового случая;</p> <p>7.2.2. умышленного причинения Застрахованным лицом вреда самому себе или причинение ему вреда третьими лицами по его просьбе или его согласию;</p> <p>7.2.3. нахождения Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения и/или отравления Застрахованного лица в результате потребления им алкогольных, наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача, если только приём Застрахованным лицом перечисленных веществ не был осуществлён помимо его собственной воли. При этом, при отказе пройти медицинское освидетельствование (экспертизу) на установление степени опьянения, Застрахованное лицо рассматривается как находящийся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.</p> <p>7.2.4. врожденными заболеваниями, эпилептическим приступом или иными судорожными, или конвульсивными приступами;</p> <p>7.2.5. несоблюдением разумной предосторожности Застрахованным лицом.</p> <p>7.3. Событие, указанное в п. 4.2. настоящего Заявления, не является страховым случаем, если Застрахованное лицо обращалось в медицинские организации в связи с указанными в п.4.2. заболеваниями или их последствиями, имевшими место в течение 10 (десяти) лет до начала срока действия Полиса, (в соответствии с п.10. Дополнительных условий страхования на случай критических заболеваний (Приложение № 1 к Правилам)).</p> <p><b>8. Особые условия</b></p> <p>8.1. Сведения, приведенные в Заявлении, рассматриваются как обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая.</p> <p>8.2. Страховщик вправе потребовать в дальнейшем признания Полиса недействительным и отказать в страховой выплате, если Страхователь (Застрахованный) сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.</p> <p>8.3. Страховым случаем признаются прямые последствия несчастного случая (п.4.1) или критического заболевания (п.4.2) , происшедшего в период действия Полиса.</p> <p>8.4. Страховая сумма Полиса агрегатная (отдельно по каждому страховому риску п.4.1 и п.4.2 Заявления). Общая сумма страховых выплат по одному или нескольким страховым случаям, наступившим в период действия Полиса, не может превышать страховой суммы, установленной отдельно по каждому страховому риску по данному Полису.</p> <p>8.5. Страхователь имеет право отказаться от Полиса в течение 14 (Четырнадцати) рабочих дней со дня его заключения, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Отказ от Полиса оформляется Заявлением в свободной форме. Заявление об отказе от Полиса может быть подано Страхователем по месту оформления Полиса, в офисе Страховщика или заказным отправлением в соответствии с Указанием Банка России от 20.11.2015 №3854-У. Оплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме, если Страхователь отказался от Полиса в течение 14 (Четырнадцати) рабочих дней со дня его заключения, но до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования. В случае отказа Страхователя от Полиса в течение 14 (Четырнадцати) рабочих дней со дня его заключения, но после даты начала действия Полиса Страховщик при возврате уплаченной страховой премии вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Полиса, прошедшему с даты начала действия Полиса до даты прекращения действия Полиса. Полис считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя. Возврат страховой премии осуществляется Страховщиком в срок, не превышающий 10 (Десять) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного Заявления Страхователя об отказе от Полиса</p> <p>8.6. Полис может быть расторгнут по Заявлению Страхователя по истечении 14 рабочих дней со дня его заключения без возврата страховой премии.</p> <p>8.7. Факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного лица Страховщика и оттиска печати с помощью средств механического и иного копирования на Полисе признается Страховщиком и Страхователем аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица Страховщика и его печати.</p> <p><b>9. Декларация Страхователя:</b></p> <p>9.1. Подписывая Заявление подтверждаю, что:</p> <p>9.1.1. Все сведения указанные в тексте Заявления являются полными и достоверными.</p> <p>9.1.2. Я информирован (-на), что в случае сокрытия или предоставления мною заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления Страховщик вправе признать Полис недействительным и отказать в страховой выплате.</p> <p>9.1.3. С Правилами страхования и условиями Полиса, включая объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, порядок осуществления страховой выплаты, включая перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, ознакомлен до его заключения, все положения Правил и Полиса ясны и понятны, обязуюсь их выполнять;</p> <p>9.1.4. Мне разъяснено право на получение пояснений любых положений Полиса, включая устное их прочтение представителем Страховщика; подтверждаю получение экземпляра Правил страхования на указанную в Заявлении электронную почту. Текст Полиса и Правил прочитан мною самостоятельно.</p> <p>9.1.5. Подпись свою подтверждаю.</p>	

9.2. Подписывая Заявление даю согласие на обработку моих персональных данных, указанных в Полисе и в Заявлении на добровольное страхование от несчастных случаев и болезней лиц, находящихся в местах лишения свободы для целей исполнения Полиса, заключенного мною с АО «Боровицкое страховое общество»

9.2.1. Я, также даю согласие на внесение Страховщиком моих персональных данных в электронные базы учета Договоров страхования/ перестрахования.

9.2.2. Данное Согласие действует в течение срока действия Полиса и может быть отозвано в случае досрочного расторжения Полиса.

9.3. Оплачивая страховую премию, принимаю все условия Полиса, которые мне разъяснены и понятны в полном объеме до оплаты страховой премии

**Приложение:** Образец Полиса Добровольного страхования от несчастных случаев и болезней «НС-ПОДДСЛЕДСТВЕННЫЕ И ОСУЖДЕННЫЕ»

**ДАТА ОФОРМЛЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ:**

**СТРАХОВАТЕЛЬ:**

*(фамилия, имя, отчество)*

*(подпись)*

Вернуть по адресу:  
101000, г. Москва, Покровский бульвар, д. 4/17, стр. 3



**В АО "БОРОВИЦКОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО"**

Заявление

Я, \_\_\_\_\_,  
заявляю о получении на руки страхового полиса № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_  
20\_\_\_ г.

Даю добровольное согласие на обработку моих персональных данных, на внесение Страховщиком моих персональных данных в электронные базы учета договоров страхования.

Даю добровольное согласие на предоставление информации о состоянии своего здоровья на основании письменного запроса представителям АО "Боровицкое страховое общество", в рамках действующего Полиса добровольного страхования от несчастного случая и болезни.

Я разрешаю любому врачу, любым организациям, оказывавшим мне медицинскую помощь и исследовавшим состояние моего здоровья предоставлять Страховщику по его письменному запросу полную информацию о состоянии моего здоровья, включая копии записей в подлинных медицинских документах, для получения страховой выплаты при наступлении страхового события, в рамках действующего Полиса добровольного страхования от несчастного случая и болезни.

Доверяю Страхователю (Ф.И.О. полностью)

\_\_\_\_\_,  
совершать все действия связанные со страховым полисом № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_»  
\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г., а также получать и распоряжаться страховой выплатой. (Данное  
право не может быть передоверено).

Начальник учреждения: \_\_\_\_\_


« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

(Ф.И.О.)

Застрахованный \_\_\_\_\_

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

(Ф.И.О.)

<p>Боровицкое страховое общество</p>  <p>ТРАДИЦИИ БЕЗУПРЕЧНОЙ ЗАЩИТЫ</p>	<p><b>АО "БОРОВИЦКОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО"</b>  Лицензия СЛ № 3064 от 25.03.2020 г.; ИНН7714034590  Р/с 40701810001300000161 в АО "АЛЬФА-БАНК" К/с  30101810200000000593 БИК 044525593  101000, Москва, Покровский б-р, д. 4/17, стр. 3</p>	<p>Тел./Факс (495) 540-51-10</p> <p>Email: info@bsoinsur.ru www.bsoinsur.ru.</p>
---	---	--

Начальнику \_\_\_\_\_  
Адрес для отправления заказного письма

Исх. № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

АО "Боровицкое страховое общество" (далее – «Страховщик») уведомляет, что между Страховщиком и **ФИО СТРАХОВАТЕЛЯ** «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. заключен договор страхования от несчастных случаев и **болезней** – Страховой полис № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в отношении **ФИО Застрахованного** «\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, содержащегося в **Наименование Исправительного учреждения.**

Направляем Вам Страховой полис № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в отношении застрахованного лица (**ФИО Застрахованного**) в двух экземплярах.

**Убедительная просьба вложить один экземпляр страхового полиса № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в личное дело заключенного.**

**Второй экземпляр страхового полиса вручить (**ФИО Застрахованного**) путем получения с него заявление об ознакомлении.**

Оригинал указанного заявления просим направить в АО "Боровицкое страховое общество" по адресу :

101000, г. Москва, Покровский бульвар, д. 4/17, стр. 3

Приложение:

1. Страховой полис № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. - 2 экз.
2. Заявление - 1 стр.

С уважением,