

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ ПО РАЗОВОЙ ПЕРЕВОЗКЕ ГРУЗА

Прошу заключить Страховой полис на разовую перевозку груза (далее – договор страхования) на нижеуказанных условиях в соответствии с Правилами страхования грузов ООО СК «Медиана», утвержденными Приказом от 20.03.2026 г. № М-1/4 (далее – Правила страхования). Подавая настоящее Заявление на страхование, Страхователь подтверждает, что условия Правил страхования ему разъяснены и понятны, с ними ознакомлен, согласен и обязуется их выполнять. Страхователь уведомлен и согласен получить Правила страхования путем самостоятельного распечатывания Правил страхования, размещенных в интернет-ресурсе по адресу: https://median.ru/documents/Cargo_Insurance_Rules.pdf

Страхователь:			
Наименование:		ИНН:	
Юридический адрес:		ОГРН:	
Фактический адрес:			
Контактное лицо (должность, ФИО):			
Контактная информация:	Телефон: Факс:	e-mail:	
Отношение Страхователя к грузу: (нужное отметить <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> грузоотправитель	<input type="checkbox"/> грузополучатель	<input type="checkbox"/> перевозчик <input type="checkbox"/> экспедитор
Выгодоприобретатель:			
Наименование:		ИНН/ ОГРН:	
Юридический / фактический адрес:			
Информация о наличии санкций США, Европейского союза, Великобритании и ООН: нужное отметить <input checked="" type="checkbox"/>			
в отношении Страхователя:	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
в отношении акционеров Страхователя:	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
в отношении Выгодоприобретателя (Грузовладельца):	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
в отношении акционеров Выгодоприобретателя:	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
в отношении объекта страхования:	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
Информация о грузе:			
Наименование и идентификационные признаки заявляемого груза на страхование (указать число грузовых мест, шт.; вес, кг)			
Род упаковки (нужное отметить <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> без упаковки <input type="checkbox"/> заводская <input type="checkbox"/> контейнеры	<input type="checkbox"/> ящики, обрешетка <input type="checkbox"/> навалом <input type="checkbox"/> наливом	
Товаротранспортный документ (указать название, номер и дату):			
Страховая сумма и валюта договора:			

Срок страхования:				
С	« ____ » _____ 20__ г.	По	« ____ » _____ 20__ г.	
Маршрут:				
Пункт(ы) отправления:	Пункт(ы) перегрузок/временного хранения:	Пункт(ы) назначения:		
Вид транспорта, транспортное средство: нужное отметить <input checked="" type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> авто: <input type="checkbox"/> закрытый кузов <input type="checkbox"/> открытый кузов <input type="checkbox"/> эвакуатор <input type="checkbox"/> автовоз <input type="checkbox"/> Иное (указать): _____	<input type="checkbox"/> ж/д: <input type="checkbox"/> закрытые вагоны <input type="checkbox"/> полувагоны <input type="checkbox"/> платформы <input type="checkbox"/> Иное (указать): _____	<input type="checkbox"/> водный: <input type="checkbox"/> в трюме <input type="checkbox"/> на палубе <input type="checkbox"/> контейнеровоз <input type="checkbox"/> Иное (указать): _____	<input type="checkbox"/> авиа:	<input type="checkbox"/> смешанный (указать виды транспорта): _____
Марка: _____ Модель: _____ Гос. номер: _____	Идентификационные номера: _____	Название судна (если страховая сумма превышает 500 000 долларов США): _____ Тип судна: _____ ИМО: _____	Название воздушного судна: _____	Название: _____ Идентификационные номера: _____
Страховой случай: нужное отметить <input checked="" type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> п.3.3.1 Правил страхования - "С ответственностью за все риски"				
<input type="checkbox"/> п.3.3.2 Правил страхования - "С ответственностью за поименованные риски"				
<input type="checkbox"/> п.3.3.3 Правил страхования - "Без ответственности за повреждения, кроме случаев крушения"				
<input type="checkbox"/> п.3.3.4 Правил страхования – "С ответственностью за согласованные риски"				
Дополнительные риски: нужное отметить <input checked="" type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Военные риски <input type="checkbox"/> Забастовочные риски <input type="checkbox"/> Рефрижераторные риски <input type="checkbox"/> Другие условия (укажите пункты Правил страхования) _____				
Информация о перевозчике/экспедиторе: нужное отметить <input checked="" type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> перевозчик		<input type="checkbox"/> экспедитор		
Наименование перевозчика/экспедитора, ИНН: _____				
Застрахована ли ответственность:		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
Предусмотрено ли вооруженное сопровождение груза: нужное отметить <input checked="" type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Да	Укажите наименование компании, ИНН: _____	<input type="checkbox"/> Нет		
Имеются ли у Вас действующие договоры страхования в _____?				
<input type="checkbox"/> Да	Укажите, какие: _____	<input type="checkbox"/> Нет		
Иные сведения:				
Сведения, представляемые Страхователем в адрес Страховщика в целях заключения договора страхования, являются в соответствии со ст. 431.2 ГК РФ заверениями об обстоятельствах, имеющих значение для заключения договора страхования, его исполнения и/или прекращения (расторжения). Страхователь подтверждает и заверяет, что представленные им сведения, изложенные в настоящем Заявлении на страхование, являются полными, достоверными и соответствуют действительности, о				

правовых последствиях сообщения Страховщику заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страхователь предупрежден. Страхователю известно, что Страховщик вправе требовать признания договора страхования недействительным в соответствии с действующим законодательством РФ. Страхователю известны положения ст. 431.2 ГК РФ.

Подписывая настоящее заявление Страхователь подтверждает, что привлечение и переговоры со Страхователем с целью заключения со Страховщиком договора страхования на основании настоящего заявления, а также взаимодействие со Страховщиком на всех этапах заключения договора страхования, в том числе согласование условий договора страхования, порядок документооборота, осуществляется при участии страхового агента (Представителя страховщика) _____ (указать Ф.И.О. (для физ. лица) / наименование (для юр.лица, ИП)

Код (ИКП): _____

« ____ » _____ 20__ г.

_____/ФИО
Должность, Подпись Страхователя или его представителя
М.П.