**ЗАЯВА-АНКЕТА**

**НА ДОБРОВІЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПЕРЕД ТРЕТІМИ ОСОБАМИ**

**ТА ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ РОБОТОДАВЦЯ**

Прошу АТ «СК «ІНГО» застрахувати ризик відповідальності перед третіми особами на умовах, викладених в Правилах добровільного страхування відповідальності перед третіми особами №1570179 від 01.02.2007р.

**Суттєве зауваження**

Заявник зобов’язаний надати всю істотну та правдиву інформацію, що може вплинути на прийняття Страховиком рішення про надання страхового покриття та можливих умов страхування. Заявник повинен повідомити також про відомі та такі, що могли б бути відомі, йому факти. Якщо Заявник має сумніви про істотність/значимість відомої йому інформації, він повинен повідомити про неї аби забезпечити повноту страхового покриття.

Примітка.

Підписання цієї Заяви на страхування не зобов’язує Заявника укласти Договір страхування.

Ця Заява є невід’ємною частиною договору страхування у разі його укладання і в разі настання страхового випадку страхове відшкодування буде розраховуватись з урахуванням інформації викладеної нижче.

ЧАСТИНА 1. ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗАЯВНИКА

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заявник | | |
| Назва Заявника | Дата Заснування | Ліцензія на проведення основного виду діяльності (у відповідності до законодавства України) |
|  | Место для ввода даты. | № \_\_\_\_\_\_\_\_ від Место для ввода даты. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Реквізити Заявника | | | |
| Адреса місцезнаходження (юридична, фактична) | Телефон | e-mail | адреса сайту |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Банківські реквізити | | |
| Поточний рахунок IBAN | Банк | Код ЄДРПОУ |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Контактна особа | | | |
| ПІБ, дата народження | Посада | Телефон | e-mail |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Додатково застрахована особа | | | |
| Назва | Юридична адреса | Телефон, факс, e-mail | Банківські реквізити |
|  |  |  |  |

ЧАСТИНА 2. ВІДОМОСТІ ПРО ДІЯЛЬНІСТЬ ЗАЯВНИКА

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Основні відомості | | |
| Вид господарської діяльності Заявника | Характер виробничого, технологічного процесу | Види послуг, що надаються/ товарів, що виробляються |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Додаткові відомості (за наявності) |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Субпідрядники | | |  |
| Чи залучаються супібрядники для якихось робіт? | Якщо «так», то додатково вкажіть: | | Чи мають ці супідрядники буди застраховані Договором? |
| Найменування супідрядника | Для виконання яких робіт/ функцій Ви їх залучаєте |
| Оберіть значення |  |  | Оберіть значення |
|  |  | Оберіть значення |
|  |  | Оберіть значення |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Використання джерел підвищеної небезпеки | | |
| Вид джерела | Так / Ні | Якщо «так», то додатково вкажіть які саме і для яких цілей: |
| Пожеже- та жаро- небезпечні речовини | Оберіть значення |  |
| Хімічно активні речовини | Оберіть значення |  |
| Радіоактивні речовини | Оберіть значення |  |
| Отруйні речовини | Оберіть значення |  |
| Азбест | Оберіть значення |  |
| Джерела підвищеної небезпеки | Оберіть значення |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Кількість працівників | | |
| Категорія песоналу | Вкажіть кількість | чол. |
| Загальна кількість: |  | чол., в тому числі |
| Керівники |  | чол. |
| Адміністративний персонал/ офіс |  | чол. |
| Виробничий персонал (співробітники залучені до основного виробничого процесу) |  | чол. |
| Інші працівники |  | чол. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Працівники - нерезиденти | | |
| Кількість працівників - нерезидентів України на Підприємстві Заявника |  | чол. |
| Вкажіть посади, які займають  працівники - нерезиденти України на Підприємстві Заявника: |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фонд оплати праці | | |
| Минулий рік (2020) | Запланований на поточний рік (2021) | Запланований на наступний рік (2022) |
|  |  |  |

ЧАСТИНА 3. ВІДОМОСТІ ПРО ПРИМІЩЕННЯ, ЩО ЗАЙМАЄ/ ОРЕНДУЄ ЗАЯВНИК

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Загальні відомості про приміщення | | | |
| № приміщення (будівлі) | 1 | 2 | 3 |
| Адреса приміщення/ назва |  |  |  |
| Чи знаходиться приміщення у власності Заявника чи Заявник його орендує? | Оберіть значення | Оберіть значення | Оберіть значення |
| Характер використання приміщення |  |  |  |
| Рік будівництва |  |  |  |
| Рік останнього капітального ремонту/реконструкції. |  |  |  |
| Площа, кв.м. |  |  |  |
| Кількість поверхів/ поверх на якому розміщено приміщення Заявника, якщо він займає не всю будівлю |  |  |  |
| Якщо Заявник займає не всю будівлю, то надайте опис характеру використання приміщень, що знаходяться поверхом вище/нижче, зліва та справа від приміщень, що займає Заявник |  |  |  |
| Матеріали перекриття |  |  |  |
| Засоби пожежної безпеки |  |  |  |
| Чи є у Вас невиконані приписи органів Держпожнагляду або Держпраці? | Оберіть значення | Оберіть значення | Оберіть значення |
| Якщо «так», уточніть. Які саме |  |  |  |
| Опис території, що прилягає, найближчих будівель, відстань до них |  |  |  |

ЧАСТИНА 4. ПОПЕРЕДНЄ СТРАХУВАННЯ/ ПРЕТЕНЗІЇ/ ІСТОРІЯ ЗБИТКІВ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Історія попереднього страхування | | | |
| Чи страхували Ви раніше цивільну відповідальність перед третіми особами? | | Оберіть значення | |
| Якщо «так», то додатково вкажіть: | | | |
| Страховика | |  | |
| Період дії договору/полісу | |  | |
| Страхову суму | |  | |
| Страхову премію | |  | |
| Чи відмовляли Вам раніше у страхуванні? | Оберіть значення | | Якщо «так», то додатково вкажіть причину відмови: |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Поточний договір | |
| Чи є у Вас діючий договір страхування цивільної відповідальності перед третіми особами? | Оберіть значення |
| Якщо «так», то додатково вкажіть: | |
| Страховика |  |
| Період дії договору/полісу |  |
| Страхову суму |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Історія збитків / претензій | | | |
| Чи мали місце страхові випадки за попередніми договорами страхування або поточним договором страхування? | | Оберіть значення | |
| Якщо «так», то додатково вкажіть: | | | |
| Причину настання страхового випадку | |  | |
| Розмір виплаченого відшкодування | |  | |
|  | | | |
| Чи висувалися Вам вимоги/ претензії про відшкодування шкоди нанесеної  третім особам? | | Оберіть значення | |
| Якщо «так», то додатково вкажіть: | | | |
| Ким | |  | |
| Коли | |  | |
| Розмір претензії | |  | |
| Сума виплаченого відшкодування | |  | |
|  | | | |
| Чи відомі Вам обставини чи події, які можуть стати причиною для висування претензій | Оберіть значення | | Якщо «так», то надайте більш розгорнуту інформацію: |
|  |

ЧАСТИНА 5. УМОВИ СТРАХУВАННЯ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ліміти відповідальності | | |
| Загальна Страхова сума |  | грн. |
| Ліміт відповідальності на один страховий випадок |  | грн. |
| Ліміт відповідальності на постраждалу особу |  | грн. |
| Інші ліміти  відповідальності |  | грн. |

|  |  |
| --- | --- |
| Строк страхування | |
| З Место для ввода даты. | По Место для ввода даты. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Інші умови | | |
| Франшиза |  | грн. |
| Територія страхування |  | |
| Юрисдикція |  | |
| Чи є необхідність у страхуванні відповідальності перед орендодавцем? | Оберіть значення | |
| Інші вимоги (за необідності) |  | |

|  |
| --- |
| Номер попереднього договору/полісу АТ «СК «ІНГО» , що пролонгується |
|  |

Цим підтверджується, що повідомлені нами в цій заяві відомості є повними і достовірними, і згодні, що ця заява є невід’ємною і складовою частиною договору страхування, що укладається на основі цієї заяви.

Будь-які зміни положень цієї заяви є істотними для оцінки ступеня ризику. Страхувальник зобов’язаний протягом 5 (п’яти) календарних днів повідомити Страховика про будь-які зміни положень цієї заяви.

Ми розуміємо, що не повідомлені або повідомлені нами в некоректному або неповному вигляді відомості надають право АТ «СК «ІНГО» на дострокове припинення або визнання договору страхування недійсним, відмову у виплаті страхового відшкодування або зменшення його розміру.

Страховик зобов’язується не розповсюджувати отриману від Страхувальника в цій заяві інформацію.

Дата заповнення:

Керівник підприємства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

М.П.