**ЗАЯВА-АНКЕТА**

**НА ДОБРОВІЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ**

**ПРИ ЗДІЙСНЕННІ АРХІТЕКТУРНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ, ТЕХНІЧНОГО НАГЛЯДУ**

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

|  |
| --- |
| Інформація про керівників/ директорів Підприємства Заявника. |
| П.І.Б. керівників/ директорів  | Вік | Освіта, кваліфікація | Дата закінчення останнього ВНЗ | К-сть років роботи за фахом на Підприємстві Заявника | К-сть років роботи за фахом всього | К-сть попередніх місць роботи |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Членство у професійних спілках/асоціаціях керівників/директорів Заявника |
| П.І.Б. керівників/директорів | Назви професійних спілок, організацій, асоціацій |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Кількість працівників |
| Категорія песоналу | Вкажіть кількість | чол. |
| Загальна кількість:  |  | чол., в тому числі |
| Керівники/директори |  | чол. |
| Адміністративний персонал/ офіс |  | чол. |
| Професійно підготовлений персонал |  | чол. |
| Інші працівники |  | чол. |

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

|  |
| --- |
| Зміни на підприємстві Заявника |
| Вид джерела | Так / Ні | Якщо «так», то надайте розгорнуту інформацію |
| Чи змінювалась назва Підприємства Заявника? | Оберіть значення |  |
| Чи відбувалася реорганізація (злиття, приєднання, поділ, перетворення) Підприємства Заявника? | Оберіть значення |  |
| Чи планує Заявник істотні зміни, інновації у діяльності в перспективі (у найближчі 12 місяців)? | Оберіть значення |  |

|  |
| --- |
| Опис діяльності Заявника |
| Перелік робіт/послуг, що виконує/надає Заявник | Назва робіт/послуг, що надаються Заявником в рамках діяльності яка заявляється на страхування (надалі – Застрахована діяльність) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Найбільші проекти (що відповідають роботам/послугам в рамках Застрахованої діяльності) |
| Назва проекту, рік виконання | Детальна інформація щодо проекту;Які роботи/послуги Застрахованої діяльності надавалися в рамках проекту? |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Опис діяльності на території України та за її межами |
| Країна, на території якої, Заявник здійснює Застраховану діяльність | Опис робіт/послуг, що виконуються/надаються Заявником | Який відсоток (%) від загальної суми, гонорарів отримано від здійснення Застрахованої діяльності? |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Причини необхідності надання Страхового покриття |
| Страхове покриття надається Заявнику на період проведення діяльності по конкретному проекту?: | Оберіть значення |
| Якщо «так», то додатково вкажіть: |
| Вартість проекту |  |
| Виручка, яку планує отримати Заявник від виконання робіт |  |
| Які роботи/ послуги надаються Заявником щодо цього проекту |  |
| Чи залучаються для виконання даного проекту субпідрядники? | Оберіть значення | **Якщо так, заповніть таблицю щодо супідрядників нижче** |
| Строки виконання робіт Заявником |  |
| Строк будівництва об’єкту |  |

|  |
| --- |
| Причини необхідності надання Страхового покриття |
| Страхове покриття надається Заявнику на період проведення діяльності в цілому за рік? | Оберіть значення |
| Якщо «так», то додатково вкажіть: |
| Запланована кількість договорів (укладених та таких, що будуть укладатися) на виконання робіт на поточний рік |  |
| Сума запланованих гонорарів від здійснення Застрахованої діяльності на період страхування |  |
| Які роботи/ послуги планує надавати Заявник у поточному році? (якщо ця інформація тотожна Застрахованій діяльності, підтвердіть) |  |
| Чи залучаються в процесі робіт субпідрядники? | Оберіть значення | **Якщо так, заповніть таблицю щодо супідрядників нижче** |

|  |  |
| --- | --- |
| Субпідрядники |  |
| Чи залучаються супібрядники для якихось робіт в цілому чи для конкретного проекту? | 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 |

|  |
| --- |
| Особливості превентивного управління |
| Із виконанням/ наданням яких робіт/ послуг Заявник допускає найбільшу вірогідність настання страхового випадку?З чим це пов’язано? |  |
| Превентивні заходи, що проводить Заявник |  |
| Здійснення контролю за виконанням превентивних заходів |  |
| Періодичність здійснення контролю за керівниками/ директорами |  |

|  |
| --- |
| Інформація про фінансовий стан заявника |
| Дата закінчення фінансового року Заявника. | Место для ввода даты. |
| Винагороди (гонорари) отримані Заявником в рамках здійснення Застрахованої діяльності. |
| Загальний розмір виручки за всіма напрямками діяльності, грн. |  |
| Архітектурно-проектувальна діяльність. |
| Країна/ країни, на території якої (яких), здійснюється Застрахована діяльність | Виручка за рік в грн. / % |
| За попередній рік (2019) | За минулий рік (2020) | За поточний рік (2021) (прогнозований) | За наступний рік(2022) (прогнозований) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |
| Технічний нагляд |
| Країна/ країни, на території якої (яких), здійснюється Застрахована діяльність | Виручка за рік в грн. / % |
| За попередній рік (2019) | За минулий рік (2020) | За поточний рік (2021) (прогнозований) | За наступний рік(2022) (прогнозований) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |

ЧАСТИНА 3. ПОПЕРЕДНЄ СТРАХУВАННЯ/ ПРЕТЕНЗІЇ/ ІСТОРІЯ ЗБИТКІВ

|  |
| --- |
| Історія попереднього страхування |
| Чи здійснювали Ви раніше страхування професійної відповідальності? | Оберіть значення |
| Якщо «так», то додатково вкажіть: |
| Страховика |  |
| Період дії договору/полісу |  |
| Страхову суму |  |
| Франшизу |  |
| Страхову премію |  |
| Особливі умови (за наявності) |  |
| Чи відмовляли Вам раніше у страхуванні? | Оберіть значення | Якщо «так», то додатково вкажіть причину відмови: |
|  |

|  |
| --- |
| Поточний договір |
| Чи є у Вас діючий договір страхування професійної відповідальності?  | 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 у зв’язку з професійною діяльністю? | Оберіть значення |
| Якщо «так», то додатково вкажіть: |
| Ким |  |
| Коли |  |
| Розмір претензії |  |
| Сума виплаченого відшкодування |  |
|  |
| Чи відома будь-кому із керівників/ директорів інформація про будь-які події, обставини, що можуть призвести до настання страхового випадку? | Оберіть значення | Якщо «так», то надайте більш розгорнуту інформацію: |
|  |
| Чи мали місце протягом останніх 10 років діяльності Заявника події, що могли бути визнані страховим випадком?  | Оберіть значення | Якщо «так», то надайте більш розгорнуту інформацію: |
|  |
| Чи були застосовані будь-які санкції/ стягнення до керівників/директорів за професійні помилки/упущення в рамках здійснення останніми Застрахованої діяльності ? | Оберіть значення | Якщо «так», то надайте більш розгорнуту інформацію: |
|  |

ЧАСТИНА 4. 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 (безумовна) |  | грн. |
| Територія страхування |  |
| Юрисдикція |  |
| Подовжений період повідомлення про вимогу (за необхідності) – кількість календарних днів. |  |
| Інші вимоги (за необідності) |  |

|  |
| --- |
| Перелік документів, що додаються (відмітьте якщо додаєте): |
| Резюме директорів/керівників |[ ]
| Посадові інструкції |[ ]
| Річний звіт |[ ]
| Копії ліцензій на проведення діяльності |[ ]
| Інші документи (за необхідності): надайте перелік |  |

|  |
| --- |
| 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.