



**Заявление на страхование по Договору \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ «Персональный D&O»  
(далее – «Договор страхования», или «Договор»)/ Insurance Policy Application Form**

Настоящее заявление на страхование по программе «Персональный D&O» (далее – «Заявление»), а также применимые Правила страхования являются неотъемлемой частью Договора и содержат его существенные условия. Все термины и понятия, указанные в Заявлении и Страховом сертификате с заглавной буквы и/или жирным шрифтом, имеют специальные значения, указанные (определенные) в действующих Правилах страхования Страховщика, на условиях которых заключен Договор.

Пожалуйста, полностью заполните Заявление и направьте отсканированную копию по адресу lvysotskaja@nand.ru или Alexandr.Misyurev@aig.com. Оригинал Заявления, пожалуйста, направьте по адресу: Россия, 119049, г. Москва, ул. Крымский вал, д. 3, стр. 2, подъезд 2, офис 514 (Ассоциация Независимых Директоров).

Представленная информация будет использована для предоставления консультации, будет способствовать прикреплению к программе страхования «Персональный D&O», а также может быть использована для предложения в будущем других страховых услуг АО «АИГ». Неправильные ответы или нераскрытие всех существенных фактов может привести к недействительности страхования. Существенными фактами считаются те, которые могут повлиять на принятие или оценку страхового риска. Если Вы сомневаетесь в правильности изложения информации, посоветуйтесь с представителем Ассоциации Независимых директоров или страховщиком.

Заявитель не должен расценивать данное Заявление в качестве подтверждения наличия предоставленного страхового покрытия. Предоставление страховое покрытие подтверждается направлением на Ваш электронный адрес Страхового сертификата.

**Секция 1 «Информация»**

Фамилия, Имя и Отчество (при наличии) / Name, Surname and Middle name (if present)		Укажите / Pls fill in			Дата рождения / Date of Birth	Укажите / Pls fill in
					Гражданство / Citizenship	Укажите / Pls fill in
Реквизиты документа, удостоверяющего личность / ID details	Серия (если имеется) и номер / Series (if present), number	Укажите / Pls fill in	Дата выдачи / Date issued	Укажите / Pls fill in	Код подразделения (при наличии) / Code of issuing authority (if present)	Укажите / Pls fill in
	Кем выдан / Issued by	Укажите / Pls fill in				
Адрес места жительства (регистрации) или пребывания / Registration or actual address		Укажите / Pls fill in			Иная контактная информация (при наличии) / Other contact information (if present)	
ИНН (при наличии) / Tax ID (if present)		Укажите / Pls fill in			Телефон, e-mail (Факс) (при наличии) / Phone, e-mail (Fax) (if present)	

**Секция 2 «Подтверждения»**

**Я подтверждаю, что/ Hereby I confirm that:**

- Выполняю функции Директора в Компании, зарегистрированной в Российской Федерации. / I serve as Director in a company registered in the Russian Federation. Да/ Yes   
Нет/ No
- Насколько мне известно, за последние 5 лет не подавалось никаких исков/требований в отношении меня и мне неизвестно о существовании каких-либо обстоятельств или действий, которые могли бы стать причиной такого иска/требования. /As far as I know, within the past 5 years there were no action/suit against me and I am unaware of any circumstances or activity which might result in such action/suit. Да/ Yes   
Нет/ No
- Компании, в которых я выполняю функции Директора, находятся в платежеспособном с технической точки зрения положении (т.е. суммарные активы превышают суммарные обязательства). / The companies where I serve as Director are financially solvent from a technical standpoint (aggregate assets exceed total debt). Да/ Yes   
Нет/ No

**Секция 3 «Сведения»**

**Сведения о Компаниях/ Employment information**

	Наименование, фирменное наименование (полное и/или сокращенное) на русском и иностранном языках (при наличии) / Entity Name, Brand name (full and/or abbreviation) on Russian and other languages (if present)	ОГРН (для резидента) / Номер записи об аккредитации филиала, представительства ин. юр. лица в гос. реестре, регистрационный номер юр. лица по месту учреждения и регистрации (для нерезидента) / Registration number	Занимаемая должность/ Job Title
<b>1</b>	Укажите / Pls fill in	Укажите / Pls fill in	Укажите / Pls fill in
<b>2</b>	Укажите / Pls fill in	Укажите / Pls fill in	Укажите / Pls fill in
<b>3</b>	Укажите / Pls fill in	Укажите / Pls fill in	Укажите / Pls fill in
<b>4</b>	Укажите / Pls fill in	Укажите / Pls fill in	Укажите / Pls fill in
<b>5</b>	Укажите / Pls fill in	Укажите / Pls fill in	Укажите / Pls fill in

☑ **Секция 4 «Согласие на подключение»**  
 Настоящим прошу распространить на меня действие Договора страхования в качестве Застрахованного лица (прикрепить к программе страхования) с Лимитом ответственности (Лимит возмещения) в 1 000 000 (один миллион) рублей 00 копеек / Hereby I consent to become insured under the insurance program with Liability Limit of 1 000 000 (one million) rubles.

ФИО/ Name *Укажите / Pls fill in*      Подпись/Signature      Дата/ Date *Укажите / Pls fill in*

☑ **Секция 5 «Согласие на расширение условий страхования»**  
 Настоящим прошу увеличить Лимит ответственности и даю согласие на прикрепление к программе страхования / Hereby I consent to become insured under the chosen program:

	Лимит возмещения (страховая сумма), руб. / Limits of Liability (Sum Insured), rub.		
	10 000 000	30 000 000	50 000 000
Категории подключения членов «АНД»	Стоимость (страховая премия), руб./ Insurance Premium, rub.		
Для членов «АНД» с хотя бы одной из квалификаций Британского института директоров (Cert IoD, Dip IoD или C Dir)	<input type="checkbox"/> 20 000	<input type="checkbox"/> 45 000	<input type="checkbox"/> 65 000
Для членов «АНД» с удостоверением о повышении квалификации государственного образца «Независимый директор» Высшей школы государственного администрирования (ВШГА) МГУ им. М.В. Ломоносова	<input type="checkbox"/> 25 000	<input type="checkbox"/> 60 000	<input type="checkbox"/> 85 000
Для всех остальных членов АНД/ Other members of Independent Directors Association	<input type="checkbox"/> 30 000	<input type="checkbox"/> 70 000	<input type="checkbox"/> 95 000

ФИО/ Name *Укажите / Pls fill in*      Подпись/Signature      Дата/ Date *Укажите / Pls fill in*

**Секция 6 «Согласие на обработку персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» / Consent to personal data processing in accordance with the Federal Law No. 152-FZ as of 27.07.2006 "On Personal Data"»**

В целях исполнения Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» настоящим я, далее именуемый/ая «**Субъект ПД**», In accordance with Federal Law No. 152-FZ as of 27.07.2006 "On Personal Data" hereby, I

☑ *Укажите / Pls fill in* \_\_\_\_\_,

[ ФИО, адрес, паспортные данные субъекта ПД / Full name, address, full passport details of the subject ]

свободно, своей волей и в своем интересе даю Акционерному обществу «АИГ» страховая компания» (АО «АИГ»), расположенному по адресу 125315, г. Москва, Ленинградский проспект, д. 72, корп. 2, этаж 3 (далее также – «Оператор»), свое безусловное, конкретное, информированное и сознательное согласие на обработку (с учетом требований действующего законодательства) моих персональных данных (в том числе специальных категорий моих персональных данных), включая (но не ограничиваясь) ФИО, дату и место рождения, адреса проживания, регистрации и электронной почты, номера телефонов и факсов, иную контактную информацию, сведения о знаниях и владении иностранными языками, состоянии здоровья, медицинских показателях, составе семьи, семейном, социальном, имущественном и ином положении, наличии или отсутствии судимости (применении иных мер ответственности), образовании, профессии, повышении квалификации, профессиональной переподготовке, социальных льготах, наградах, воинском учете, предыдущих местах работы и учебы, опыте работы, службе в государственных органах и органах местного самоуправления, стаже, доходах, данные страхового свидетельства государственного пенсионного страхования, диплома, медицинской документации, ИНН и любую иную информацию, относящуюся к моей личности, в числе прочего информацию, составляющая тайну страхования, адвокатскую тайну, банковскую тайну, врачебную тайну и т.п. (далее – «ПД»), в целях заключения мною и/или иным лицом договора страхования и/или иного соглашения с Оператором, его дальнейшего исполнения (принятия каких-либо решений, совершения иных действий, порождающих юридические последствия, предоставления мне информации о действиях Оператора, урегулирования страховых случаев и т.д. и т.п.) в соответствии с внутренними политиками, положениями и процедурами Оператора, изменения такого соглашения, его прекращения (расторжения).

Настоящее согласие даётся на любое действие (любую операцию) или совокупность действий (операций) с ПД как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств, включая (но не ограничиваясь) сбор, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, получение (от Субъекта ПД или любых третьих лиц), запись, систематизацию (упорядочение), накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, получение доступа, использование, передача (распространение, представление, предоставление доступа), в том числе: трансграничную передачу в США, Малайзию и/или любые из стран Европы; передачу третьим лицам с правом обработки ими (полностью или частично, но в любом случае в пределах полномочий оператора, указанных в настоящем согласии) ПД по поручению Оператора («**Обработчики ПД**»); -передачу аффилированным лицам Оператора, лицам, входящих в группу лиц Чартис/Chartis) и/или АИГ/AIG; передачу саморегулируемым организациям, ассоциациям, союзам и иным профессиональным объединениям; передачу работникам или различным видам контрагентов Оператора: страховым посредникам, колл-центрам, кредитным организациям, сервисным и ассистанским компаниям,

give my unconditional, specific, informed and conscious consent by my free will and in my own interest to the AIG Insurance Company, JSC (AIG,JSC) hereinafter referred to as the Operator, which is located at: building 2, 72 Leningradsky Prospect, Moscow, 125315, Russia, to processing (in accordance with the requirements of the applicable legislation of the Russian Federation) of my personal data including sensitive personal data (but not limited to) full name, date and place of birth, address, phone numbers, fax numbers, e-mail addresses, and other contact information, information on knowledge of languages, information concerning my health, marital, social, property, military status, education, profession, trainings, work experience, income, imposed sanctions, social payments and benefits, previous places of work and studying, service in government (Federal and local) and municipal authorities, military service, term of employment, service record, income, information provided in certificate of mandatory pension insurance, diploma, medical documents, individual taxpayer identification number and any other information, related to me, including information protected by law as insurance secrecy, advocacy secrecy, bank secrecy and medical secrecy, etc. (hereinafter – "PD") for the purposes of the contract (agreement) conclusion and its subsequent performance / fulfilment (claims settlement, decision-making or performance of other actions resulting in the acts of law with regard to myself or any other person, making me aware of the Insurer's actions etc.) and its termination (cancellation) in accordance with internal policies and procedures of the Operator.

This consent is given for any action (operation) or set of actions (operations) that are being performed with the use of automation means or without such means with regard to my personal data, including and not limiting by collection, depersonalization, blocking, deletion, destruction, recording, systematization, accumulation, safe-keeping, verification (updating and amendment), extraction, use, transfer (dissemination, granting, access) including: trans-border transfer of personal data to the USA, Malaysia and/or any European country; - transfer to any third-parties with their right to process my PD within the boundaries of this consent; trans-border transfer of personal data (including information protected by law as insurance secrecy, bank secrecy and medical secrecy) to the affiliated companies, belonging to Chartis and/or AIG Group; transfer to self-regulatory organizations, associations, unions and other professional associations; transfer to the following processing persons being workers or subcontractors of the Operator: insurance brokers and insurance agents, call-centres, banks, servicing companies rendering services within the framework of servicing insurance contracts (including collection of insurance premiums, consultations of clients, introduction of amendments to insurance contracts or termination thereof by one

экспертным организациям, оценщикам, сюрвейерам, детективам, станциям технического обслуживания, телекоммуникационным компаниям, юридическим и консалтинговым фирмам, аудиторам, перестраховщикам, состраховщикам и иным лицам. Оператор и указанные выше лица вправе по своему усмотрению использовать автоматизированный, механический, ручной и/или любой иной допустимый способ обработки ПД. Срок действия настоящего согласия составляет 3 (Три) года с момента окончания действия договора страхования или иного соглашения, заключенного Оператором. Отзыв настоящего согласия может быть осуществлен только путем подачи Субъектом ПД письменного заявления Оператору не менее, чем за 3 (Три) рабочих дня до даты отзыва согласия.

– Несмотря на вышеизложенное, я не даю согласие на обработку ПД в целях проведения опросов и продвижения услуг (отсутствие здесь каких-либо отметок Субъекта ПД означает предоставление им согласия на обработку ПД в целях проведения опросов для оценки качества услуг, а также в целях продвижения услуг (товаров, работ) путем прямых контактов с Субъектом ПД или с помощью средств связи).

of the parties thereto), assistance companies, expert organizations, appraisers, surveyors, detectives and other persons participating in claims settlements. telecommunication companies, law firms, reinsurers / coinsurers and other persons or legal entities. The Operator and the persons, specified above, shall be entitled, as they find fit, to apply the automated, mechanical, manual or any other method for processing of my PD. The duration of my consent is valid within 3 (three) years starting from the insurance policy expiration date or another contract concluded with the Operator. The recall of my consent to process my PD can be performed only by way of submission of a written application to the Operator no less than 3 (three) business days prior to the date of such recall.

– Notwithstanding the abovementioned I don't give consent to processing of my personal data for the purposes of promoting goods, works and services by implementing direct contacts with me by means of communication facilities, as well as carrying out of surveys for estimation of services quality level (the absence of any marks means consent to processing of personal data for the purpose of promoting goods, works and services by implementing direct contacts or by means of communication facilities and carrying out of surveys for estimation of services quality level)

**Подпись субъекта персональных данных с расшифровкой / Signature and full name of personal data subject:**

**ФИО/ Name** *Укажите / Pls fill in*

**Подпись/Signature**

**Дата/ Date** *Укажите / Pls fill in*

**Секция 7 «Декларация»**

Настоящим подтверждаю и заявляю, что все сведения, указанные в Заявлении, являются полными и достоверными, а также что Страховщику настоящим Заявлением сообщены все известные Страхователю и Застрахованному обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страховщику были сообщены заведомо ложные сведения, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным. В период действия Договора страхования Страхователь и Застрахованное лицо обязаны незамедлительно письменно сообщать Страховщику о ставших им известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении и исполнении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение степени страхового риска. Значительными признаются любые изменения в сведениях, указанных (содержащихся) в Договоре страхования, настоящем заявлении, а также иных документах, предоставленных (переданных) Страховщику при заключении и исполнении Договора страхования. Настоящее заявление является неотъемлемой частью договора страхования (страхового полиса).

I hereby confirm and declare that all data provided in this application are complete and accurate, and that I communicated to the Insurer all known circumstances that are essential for determining the probability of occurrence of the insured event and the amount of possible losses from its onset (insurance risk). If after the conclusion of the Insurance agreement it is found that the Insurer was provided any deliberately false data, the Insurer shall have the right to demand recognition of the Insurance agreement void. Within the validity period of the insurance agreement Insured and Policyholder are obliged to provide Insurer in writing with any known material changes in the circumstances communicated to the Insurer when entering into and executing Insurance Agreement, if such circumstances can significantly influence the increase of insurance risk.

Any changes in data indicated (containing) in the insurance agreement, this form and all other documents provided to the Insurer when signing and executing Insurance agreement will be considered material.

This application form is an integral part of the Insurance Agreement.

**ФИО/ Name** *Укажите / Pls fill in*

**Подпись/Signature**

**Дата/ Date** *Укажите / Pls fill in*

**Пожалуйста, отметьте другие виды страхования, которые могут заинтересовать Вас  
Please indicate other types of insurance programs that might interest you**

<input type="checkbox"/> Имущество Компании	<input type="checkbox"/> Грузоперевозки Компании
<input type="checkbox"/> Ответственность Компании за причинение вреда имуществу, жизни и здоровью третьих лиц	<input type="checkbox"/> Профессиональная ответственность Компании
<input type="checkbox"/> Иные виды (укажите, какие) <i>Укажите / Pls fill in</i>	