



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

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) / <i>Entity Name, Brand name (full and/or abbreviation) on Russian and other languages (if present)</i>	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) / <i>Registration number</i>	Занимаемая должность/ <i>Job Title</i>
1	Укажите / <i>Pls fill in</i>	Укажите / <i>Pls fill in</i>	Укажите / <i>Pls fill in</i>
2	Укажите / <i>Pls fill in</i>	Укажите / <i>Pls fill in</i>	Укажите / <i>Pls fill in</i>
3	Укажите / <i>Pls fill in</i>	Укажите / <i>Pls fill in</i>	Укажите / <i>Pls fill in</i>
4	Укажите / <i>Pls fill in</i>	Укажите / <i>Pls fill in</i>	Укажите / <i>Pls fill in</i>
5	Укажите / <i>Pls fill in</i>	Укажите / <i>Pls fill in</i>	Укажите / <i>Pls fill in</i>

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>	