|  |  |
| --- | --- |
|  | **Заявление на подключение к программе страхования****«Персональный D&O»** **(далее – «Договор страхования», или «Договор»)/ Insurance Policy Application Form**Настоящее заявление на подключение к программе страхования 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/или Страховом сертификате с заглавной буквы и/или жирным шрифтом, имеют специальные значения, указанные (определенные) в Договоре, в том числе в действующих Правилах страхования Страховщика, на условиях которых заключен Договор.**Пожалуйста, полностью заполните Заявление и направьте его (желательно, но не обязательно, вместе с отсканированной / сфотографированной копией) по адресу** **Oarsenyeva@nand.ru****.** Представленная информация будет использована для предоставления консультации и основанием для прикрепления к программе страхования **«Персональный D&O»**. Искажающие действительное положение вещей ответы или нераскрытие каких-либо существенных фактов может привести к недействительности страхования по Договору. Если Вы сомневаетесь в правильности изложения информации, посоветуйтесь с представителем Страхователя (Ассоциация профессиональных директоров АНД) или Страховщика (СПАО «Ингосстрах»). Заявитель не должен расценивать данное Заявление в качестве подтверждения наличия страхования (предоставленного страхового покрытия). Предоставление страхового покрытия (распространение действия Договора на Вас) осуществляется путем внесения соответствующих изменений в Договор и 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***Адрес регистрации / *Registration address*** *Укажите / Pls fill in* **Адрес места жительства /*Actual address*** *Укажите / Pls fill in***ИНН (желательно при наличии) / *Tax ID (if present)*** *Укажите / Pls fill in* **Телефон, (при наличии) / *Phone (if present)*** *Укажите / Pls fill in* |
|  | **Обязательно укажите Ваш e-mail, на который будет отправлен Страховой сертификат / Please fill in your e-mail address, we will send you an insurance certificate** *Укажите / Pls fill in* |
|  |  |
| **w512h5121380376664MetroUITask.png** | **Секция 2 «Подтверждения»** **Я подтверждаю, что/ Hereby I confirm that:**1. 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 (в т.ч. непроведение ликвидации Компании и отсутствие решения арбитражного суда о признании Компании банкротом и об открытии конкурсного производства). / The companies where I serve as Director are financially solvent from a technical standpoint. Да/ Yes ☐Нет/ No ☐ |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **w512h5121380376664MetroUITask.png** | **Секция 3 «Сведения о Компаниях/ Employment information»** |
|  | Наименование, фирменное наименование (полное и/или сокращенное) на русском и иностранном языках (при наличии). *Если количество компаний превышает 5 (Пять), пожалуйста, обратитесь к представителю Ассоциации для индивидуальной оценки ваших рисков* / *Entity Name, Brand name (full and/or abbreviation) on Russian and other languages (if present). If the list of companies exceed 5 (Five), please contact the representative of the Association for individually assess your risk.* | 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 |
| **1** | *Укажите / Pls fill in* | *Укажите / Pls fill in* | *Укажите / Pls fill in* |
| **2** | *Укажите / Pls fill in* | *Укажите / Pls fill in* | *Укажите / Pls fill in* |
| **3** | *Укажите / Pls fill in* | *Укажите / Pls fill in* | *Укажите / Pls fill in* |
| **4** | *Укажите / Pls fill in* | *Укажите / Pls fill in* | *Укажите / Pls fill in* |
| **5** | *Укажите / Pls fill in* | *Укажите / Pls fill in* | *Укажите / Pls fill in* |
| **w512h5121380376664MetroUITask.png** | **Секция 4 «Согласие на подключение»**Настоящим прошу прикрепить меня к действующему Договору страхования в качестве Застрахованного лица 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: |
| **w512h5121380376664MetroUITask.png** |
|  |  | **Лимит возмещения (страховая сумма), руб. / Limits of Liability (Sum Insured), rub.** |
|  |  | **10 000 000** | **30 000 000** | **50 000 000** | **100 000 000** |
|  | **Категории подключения членов «АНД»** | **Стоимость (страховая премия), руб./ Insurance Premium, rub.** |
|  | Для членов «АНД», выпускников программы Британского института директоров (IoD)  | **20 000** | **45 000** | **65 000** | **115 000** |
|  | Для членов «АНД», выпускников программы «Независимый директор» | **25 000** | **60 000** | **85 000** | **150 000** |
|  | Для всех остальных членов АНД/ Other members of Independent Directors Association  | **30 000** | **70 000** | **95 000** | **170 000** |
| **w512h5121380376664MetroUITask.png** | **ФИО/ Name** *Укажите / Pls fill in* **Подпись/Signature Дата/ Date** *Укажите / Pls fill in* |
|  |  |
|  | **Секция 6 «Период страхования»**В случае распространения на Вас действия Договора Период страхования в отношении Вас будет составлять 12 (Двенадцать) месяцев с даты такого распространения и может быть продлен без уведомления на очередные 12 (Двенадцать) месяцев, при условии, что: а) Страхователем или Страховщиком до истечения Периода страхования не был получен Ваш отказа от такого продления, б) отсутствуют изменения в обстоятельствах и информации, сообщенной при распространении действия или исполнении Договора (в частности, в случае если Вы на момент истечения Периода страхования (или ранее) больше не можете дать утвердительный ответ на все вопросы Заявления), в) Страховая премия (Страховых взносов) оплачена Страхователем.**Секция 7 «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  |
| **w512h5121380376664MetroUITask.png** |  *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 Страховому публичному акционерному обществу «Ингосстрах» (СПАО «Ингосстрах»), расположенному по адресу 117997, г. Москва, ГСП-7, ул. Пятницкая, д.12, стр.2 (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). | give my unconditional, specific, informed and conscious consent by my free will and in my own interest to Ingosstrakh Insurance Company (IPJSC Ingosstrakh), hereinafter referred to as the Operator, which is located at: Pyatnitskaya ulitsa 12-2, Moscow, 117997, 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. |
|  | 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, передачу (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; 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, 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. | 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; 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 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. |
| **w512h5121380376664MetroUITask.png** | ☐ – 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). | ☐ – 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) |
| **w512h5121380376664MetroUITask.png** | **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 8 «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 изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении или исполнении Договора страхования**, в том числе о любых изменениях в сведениях, указанных (содержащихся) в Договоре страхования, настоящем заявлении или иных документах, предоставленных (переданных) Страховщику при заключении или 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.  |
|  |
|  |
|  |
| **w512h5121380376664MetroUITask.png** | **ФИО/ Name** *Укажите / Pls fill in* **Подпись/Signature Дата/ Date** *Укажите / Pls fill in* |
| **w512h5121380376664MetroUITask.png** | **Пожалуйста, отметьте другие виды страхования, которые могут заинтересовать Вас****Please indicate other types of insurance programs that might interest you** |
|  | ☐ Имущество Компании/ Property | ☐ Грузоперевозки Компании/ Marine Cargo |
|  | ☐ Ответственность Компании за причинение вреда имуществу, жизни и здоровью третьих лиц/ General Liability | ☐ Профессиональная ответственность Компании/ Professional Indemnity |
|  | ☐ Экологическое страхование / Environmental Impairment  | ☐ Кибер–риски/ Cyber Insurance |
|  | ☐ Иные виды (укажите, какие)/ Other Insurance *Укажите / Pls fill in* |