ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА КАЧЕСТВО ТОВАРА/УСЛУГ

ЗАЩИТИТЕ БИЗНЕС ОТ РИСКОВ С НАДЕЖНЫМ ПОЛИСОМ СТРАХОВАНИЯ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВАШЕЙ КОМПАНИИ. МЫ УЧТЕМ ВСЕ ВАШИ ПОТРЕБНОСТИ И ПРЕДОСТАВИМ ЛУЧШИЕ ВАРИАНТЫ СТРАХОВАНИЯ.

ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ ВОПРОСЫ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ДАННОГО ЗАЯВЛЕНИЯ, ВЫ ВСЕГДА МОЖЕТЕ ИХ НАМ ЗАДАТЬ, ОБРАТИВШИСЬ В ЦЕНТР КЛИЕНТСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ.

|  |
| --- |
| 1. СТРАХОВАТЕЛЬ
 |
| * 1. Наименование компании
 |  |
| * 1. ИНН / ОГРН
 |  |
| * 1. Банковские реквизиты
 |  |
| * 1. Основанная деятельность
 |  |
| * 1. Регион(ы) присутствия компании
 |  |
| * 1. Контактное лицо: ФИО, должность, телефон, эл. почта
 |  |

|  |
| --- |
| 1. ЗАСТРАХОВАННЫЕ КОМПАНИИ (если наравне со страхователем требуется застраховать ответственность нескольких компаний)
 |
| Наименование компании | **ИНН / ОГРН** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| 1. ОТНОШЕНИЕ ЗАСТРАХОВАННЫХ КОМПАНИЙ К ТОВАРУ/УСЛУГЕ
 |
| [ ]  производители | [ ]  продавцы | [ ]  иное (уточнить) \_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 1. ВАЛЮТА СТРАХОВЫХ СУММ В ДОГОВОРЕ СТРАХОВАНИЯ
 |
| [ ]  Российский рубль | [ ]  EURO |
| [ ]  USD | [ ] KZT |
| [ ]  Другая валюта (указать) \_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 1. СТРАХОВЫЕ СУММЫ
 |
| * 1. По каждому страховому случаю
 |  |
| * 1. По всем страховым случаям в течении действия договора страхования
 |  |

|  |
| --- |
| 1. СВЕДЕНИЯ О ТОВАРАХ/УСЛУГАХ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО ЗАСТРАХОВАТЬ
 |
| Наименование товаров/услуг | **Планируемая выручка на 12 месяцев вперед** | **Выручка за прошлые 12 месяцев** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ИТОГО: |  |  |

|  |
| --- |
| 1. КАНАЛЫ РЕАЛИЗАЦИИ ТОВАРА (укажите тип канала и объем реализации)
 |
| Канал: | **Используете?** | **Доля %** |
| * 1. Прямые продажи
 | [ ]  да |  |
| * 1. Дилеры
 | [ ]  да |  |
| * 1. Посредники
 | [ ]  да |  |
| * 1. Другое (уточнить) \_\_\_\_\_\_
 | [ ]  да |  |

|  |
| --- |
| 1. ТЕРРИТОРИИ РЕАЛИЗАЦИИ ТОВАРА/УСЛУГИ (укажите территорию и объем реализации)
 |
| Канал: | **Реализуете?** | **Доля %** |
| * 1. Россия
 | [ ]  да |  |
| * 1. Европа
 | [ ]  да |  |
| * 1. США
 | [ ]  да |  |
| * 1. Другие страны (уточнить) \_\_\_\_\_\_
 | [ ]  да |  |

|  |
| --- |
| 1. КОЛИЧЕСТВО ШТАТНЫХ СОТРУДНИКОВ
 |
| * 1. Топ-менеджеры
 |  |
| * 1. Средний руководящий состав
 |  |
| * 1. Специалисты и рабочие
 |  |

|  |
| --- |
| 1. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА
 |
| [ ]  Адреса нахождения компании | [ ]  Российская Федерация |
| [ ]  Весь мир | [ ]  Иное (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 1. СРОК СТРАХОВАНИЯ
 |
| * 1. с «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_
 | по «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ |
| [ ]  требуется ретроактивное покрытие за предшествующий период с «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ |

|  |
| --- |
| 1. ПРОЧИЕ СВЕДЕНИЯ
 |
| * 1. Предъявлялись ли к вашей организации требования (претензии, иски), связанные с причинением вреда жизни, здоровью или имуществу третьих лиц?
 | [ ]  нет | [ ]  да (указать причину и размер требований) \_\_\_\_\_ |
| * 1. Застрахована ли в настоящее время ответственность вашей компании в других страховых компаниях?
 | [ ]  нет | [ ]  да (указать параметры страхования) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. Вы страхуетесь по собственному желанию?
 |
| [ ]  да | [ ]  по требованию заказчика | [ ]  по требованию закона |
| * 1. Прочая информация, которую вы хотите сообщить
 |  |

|  |
| --- |
| 1. ПОДПИСЬ
 |
| * 1. Дата заполнения
 | «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ |
| * 1. Подпись ответственного лица
 |  |
| * 1. ФИО
 |  | * 1. Должность
 |  |

ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ ВОПРОСЫ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ДАННОГО ЗАЯВЛЕНИЯ, ВЫ ВСЕГДА МОЖЕТЕ ИХ НАМ ЗАДАТЬ, ОБРАТИВШИСЬ В ЦЕНТР КЛИЕНТСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ.

ЗАПОЛНЕННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ПРОСИМ ОТПРАВИТЬ В ФОРМАТЕ WORD СПЕЦИАЛИСТУ, КОТОРЫЙ КУРИРУЕТ ВАШУ КОМПАНИЮ.