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.