



Акционерное общество «АИГ страховая компания»
(АО «АИГ»)

Лицензия СИ № 3947 от 12 апреля 2017 года
Выдана Центральным Банком Российской Федерации
Россия, 125315, г. Москва, Ленинградский проспект, д. 72,
корп. 2, этаж 3, БЦ «Алкон»

Тел: +7 (495) 935 89 50
Факс: +7 (495) 937 54 13
www.aig.com

AIG Insurance Company, JSC
(AIG, JSC)

License СИ № 3947 dd. April 12, 2017
Issued by the Central Bank of the Russian Federation
Building 2, 72 Leningradsky Prospect, 3rd Floor,
Alcon Business Centre, Moscow, 125315, Russia

Tel. +7 (495) 935 89 50
Fax +7 (495) 937 54 13
www.aig.com

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ
ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ, ОТВЕТСТВЕННОСТИ ТОВАРОПРОИЗВОДИТЕЛЯ И
ОТВЕТСТВЕННОСТИ РАБОТОДАТЕЛЯ**

Акционерное общество «АИГ страховая компания» (далее – «Страховщик»)

**THIRD PARTY LIABILITY, PRODUCTS LIABILITY AND EMPLOYERS LIABILITY
INSURANCE APPLICATION**

AIG Insurance Company, JSC (hereinafter – “Insurer”)

Представленная информация будет использована для разработки предложения по страхованию, а также может быть использована для предложения в будущем других страховых услуг Страховщика. Страхователь не должен расценивать настоящее Заявление в качестве подтверждения наличия предоставленного страхового покрытия. Страховой полис (договор страхования) будет выдан (подписан) после принятия Страхователем условий, предложенных Страховщиком.

The information supplied will be used to assist in the processing of any insurance transaction, and may also be used in the future to offer the other services from the Insurer.

The Insured should not treat this completed Application as a confirmation of granted insurance cover. The Insurer will issue a policy if the Insured acknowledges the terms and conditions of this insurance.

1. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ / General Information about the Insured

Наименование, фирменное наименование (полное и (или) сокращенное) на русском и на иностранном языке (при наличии) Insured's Name, Brand name (full and (or) abbreviation) on Russian and other language (if present)			
Юридический адрес Страхователя Legal Address of Insured			
Фактический адрес Страхователя Actual Address of Insured			
Номер телефона Telephone No.			
Контактное лицо Contact Person			
Сведения о государственной регистрации Страхователя: ОГРН (регистрационный номер в стране регистрации для нерезидента) и место государственной регистрации Registration details of the Insured: Registration number and Place of registration			
ИНН Страхователя (или КИО для нерезидента) Taxpayer identification number of the Insured			
ОКАТО (при наличии) National Classification code of administrative and territorial objects (if present)	ОКПО (при наличии) National Classification code of enterprises and organizations (if present)	БИК (для банков резидентов) BIC (for banks residents)	
Сведения о лицензии (если деятельность лицензируемая) / License details (for licensed businesses)			
Номер Number		Дата выдачи Date issued	Срок действия Validity
Кем выдана Issued by			
Вид Type			
Виды лицензируемой деятельности Types of licensed activity			



Имевшие место за последние 5 лет убытки независимо от того, были они застрахованы или нет
Loss history for the last 5 years (whether insured or not)

Да / Yes		Нет / No	
Причина убытка / Cause of Loss	Дата / Date	Размер в валюте / Amount in the currency	

2. ПЕРИОД СТРАХОВАНИЯ / Period of insurance

Начало периода страхования Inception date		Окончание периода страхования Expiry date	
--	--	--	--

3. ИНФОРМАЦИЯ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ / Details of the Insured's Business

Вид деятельности / Nature of Business			
Подробное описание деятельности Detailed description of operations			
Дата начала деятельности The Insured has been in Business since			
В каких странах осуществляется указанная деятельность? Which countries does the Insured operate in?			
Занимаемое помещение принадлежит или арендуется? / Is the premise owned, rented?			
Площадь занимаемого помещения (м ²) Area of the premises (sq. m.)			
Информация о здании, в котором находится помещение (год постройки, количество этажей, на каком этаже расположено помещение, материал стен, перекрытий, тип противопожарной системы и т.д.) / Description of the building where the premises is situated (Age of building, number of floors, floor where the premises of the Applicant is situated, material of walls, floors, type of fire protection system, etc.)			
Количество персонала по категориям Number & type of employees	Управление / Management	Количество / Number	Годовой фонд заработной платы / Annual Payroll
	Инженерно-технические работники, офисные служащие / Supervisors, Clerks		
	Рабочие производства / Manual Workers		
Фактический годовой оборот за прошлый год / Actual turnover for the last year			
Предполагаемый годовой оборот в текущем году / Estimated Annual Turnover			



Распределение годового оборота между странами / Geographical breakdown of annual turnover	
Опишите вашу деятельность в США (если применимо): число компаний, их виды деятельности, перечень товаров / услуг, доля в общем обороте Страхователя Describe all operations in the United States (if applicable): number of companies, their business activity, products / services sold or rendered, operations as percentage of total turnover	
Связано ли производство с какими-либо выбросами в окружающую среду? Если да, опишите такие выбросы / Describe any industrial discharge to the environment	
Были ли какие-либо происшествия, связанные с выбросами? / Have there been any incidents in respect of industrial discharge?	
Есть ли риски, связанные с использованием воздушных или морских судов? / Does any marine or aircraft exposure exist?	
Есть ли риски, связанные с ответственностью за хранение и складирование? / Does any care, custody and control exposure exist?	
Опишите всё имущество третьих лиц, которое хранится в помещениях Страхователя или иным образом ему подотчётно / Please describe any third party property kept on the premises or is otherwise in custody of the Insured:	
Опишите все виды деятельности, где есть риски, связанные с ответственностью за хранение и складирование / Give details of any operations of the insured, where care, custody or control exposure exists:	
Возлагается ли на Страхователя какая-либо ответственность подрядчика? / Does any contractor's liability exist?	
Опишите подробно подрядные работы / Specify details of contracted works	
Объём работ, выполняемых (суб)подрядчиками, и объём страхового покрытия, требуемый Вами от (суб)подрядчиков Amount of work subcontracted and limits of insurance, required from subcontractors	
Упомянется ли Страхователь как дополнительно застрахованный в страховом полисе (суб)подрядчика? / Is the Insured covered as an additional insured under subcontractor's liability policy?	
Существуют ли какие-либо соглашения об освобождении от ответственности между Страхователем и (суб)подрядчиком? Если да, опишите или приложите копию договора / Are there any hold harmless agreements generally agreed between the Insured and subcontractor? If any, please describe, or attach copy of the agreement	
Опишите возможные риски возникновения ответственности Страхователя / Describe any potential malpractice exposures:	
Предоставьте данные о Ваших слияниях или разделах с другими компаниями за последние два года / Give information of any mergers with or separations from any other entities in past two years:	



Опишите как можно более подробно виды производимой, распространяемой или продаваемой продукции / Please disclose, in as much detail as possible, the type/lines of products manufactured, distributed or sold:	
Укажите разбивку объемов продаж по видам продукции / Please disclose net sales split by product line/products:	
Укажите географическую разбивку по видам продукции / Please disclose geographical breakdown by product line/products:	
Применяет ли Страхователь какую-либо программу контроля качества на своих предприятиях? / Does the Insured apply a quality control program or similar facility within the group?	
Перечислите продукцию, производимую, распространяемую или продаваемую для следующих областей: а) авиация и космонавтика, б) фармацевтика, в) химия/нефтехимия, г) атомная энергетика / Specify all products manufactured, distributed or sold under following classifications: a) aircraft and/or aerospace, b) pharmaceuticals, c) chemicals/petrochemicals, d) nuclear energy:	
Вся ли продукция разработана Страхователем / Are all products designed by the Insured?	
Является ли какая-либо продукция составной частью какого-либо другого продукта? Если да, укажите, что является конечным продуктом, и каково его возможное применение / Are any products sold as components for other products? If yes, give final products and their likely use:	
Приведите выдержки из договоров, применяемых в обычной деятельности Страхователя, о принятии/снятии с себя ответственности / Share extracts of contracts, the type that are normally used in business activities, showing liability assumed/exonerated:	
Приведите список продукции, производство которой было прекращено за последние 5 лет, и укажите причины / Share list of product(s) that has/have been discontinued or recalled during the last five years and give the reason(s):	

4. ВАЛЮТА / Currency

Пожалуйста, укажите, в какой валюте выражены нижеприведенные лимиты ответственности и франшизы / Please specify the currency of the below mentioned limits of liability and deductibles	Российские Рубли / Russian Roubles	
	Доллары США / US Dollars	
	Евро / Euro	

5. ВИД ЗАПРАШИВАЕМОГО СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ / Requested Coverage

Гражданская ответственность Civil Liability		Лимит ответственности / Limit of liability	
		По каждому страховому случаю Each and every occurrence	
		Агрегатно в год Annual aggregate	



Гражданская ответственность изготовителей, продавцов товара, исполнителей работ (услуг) Civil Liability of Manufacturers, Sellers of Products, Performers of Works (Services)	Лимит ответственности / Limit of liability	
	По каждому страховому случаю Each and every occurrence	
	Агрегатно в год Annual aggregate	
Гражданская ответственность работодателя за вред, причиненный работникам Employer's Civil Liability for the Damage Caused to Employees	Лимит ответственности / Limit of liability	
	По каждому страховому случаю Each and every occurrence	
	Агрегатно в год Annual aggregate	

6. БЕЗУСЛОВНАЯ ФРАНШИЗА / Deductible

Да / Yes	
Нет / No	

7. ТРЕБУЕМАЯ ЮРИСДИКЦИЯ (укажите страны) / Requested Jurisdiction (name countries)

8. ИНФОРМАЦИЯ О ДРУГИХ ДОГОВОРАХ СТРАХОВАНИЯ / Other Insurance

Действуют ли в отношении запрашиваемого страхового покрытия иные договоры страхования? Are there any other insurance policies in force for the requested coverage?	
---	--

9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ В РАМКАХ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О ПРОТИВОДЕЙСТВИИ ЛЕГАЛИЗАЦИИ / Additional Information in Line with Local Anti-Money Laundering Legislation

Согласно п. 1 статьи 7 Федерального Закона РФ от 07.08.2001 №115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) денежных средств, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» (с изменениями и дополнениями) АО «АИГ», как не кредитная финансовая организация, обязана до приема на обслуживание идентифицировать клиента, представителя клиента и (или) выгодоприобретателя, а также принимать обоснованные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры по идентификации бенефициарных владельцев. В связи с этим просим Вас в дополнение к указанным выше сведениям предоставить АО «АИГ» следующие данные / In accordance with item 1 section 7 of the Anti-Money Laundering Law as of August 07, 2001 #115-FZ (with amendments), JSC AIG as a non-credit financial organization, is required to conduct identification of its customers, customers' representatives and (or) beneficiaries, as well as conduct all possible measures towards ultimate owners identification prior to establishing relations. As such, we kindly ask you to provide to JSC AIG in addition to the above information the following details:

Сведения об органах управления: структура, персональный состав (искл. персональный состав акционеров (участников), владеющих менее 1% акций / долей) Management and shareholder structure (excl. listing of shareholders / participants with less than 1% of shares)	
Сведения о финансовом положении Info on financial standpoint	
Сведения о деловой репутации Business reputation on the market	

10. ДЕКЛАРАЦИЯ / Declaration

Настоящим Страхователь подтверждает и заявляет, что все сведения, указанные в настоящем заявлении, являются полными и достоверными, а также что Страховщику настоящим заявлением сообщены все известные ему обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). Если после заключения договора страхования (страхового полиса) будет установлено, что страховщику были сообщены заведомо ложные сведения, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования (страхового полиса) недействительным. В период действия договора страхования (страхового полиса) 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 (страхового полиса), если эти вышеназванные изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.



Значительными признаются любые изменения в сведениях, указанных (содержащихся) в договоре страхования (страховом полисе), настоящем заявлении, а также иных документах, предоставленных (переданных) Страховщику при заключении и исполнении договора страхования (страхового полиса). Настоящее заявление, а также указанные выше документы являются неотъемлемой частью договора страхования (страхового полиса).

The Insured hereby confirms and declares, that data containing in this application is complete and trustworthy and that by filing this application to the Insurer the Insured informs on all known to the latter circumstances having material significance for determining the probability of occurrence of an insured event and an amount of possible losses caused by it (insured risk).

If after conclusion of the insurance contract (insurance policy) fact that the Insured provided the Insurer with knowingly false information (data) comes to the knowledge of the Insurer the latter will be entitled to require the insurance contract (insurance policy) to be deemed null and void.

During a validity period of the insurance contract (insurance policy) Insured and Insured person are obliged to immediately inform Insurer in writing on all known to them significant changes in circumstances, on which the Insurer was informed formerly during the process of conclusion and performance of the insurance contract (insurance policy), if these abovementioned changes could materially influence the increase of the insured risk.

Any changes in data containing in the insurance contract (insurance policy), this application and other documents provided (forwarded) to the Insurer in the process of conclusion and performance of the insurance contract (insurance policy) are deemed to be significant. Current application and all abovementioned documents are integral parts of the insurance contract (insurance policy).

Страхователь, подписывая настоящее Заявление, подтверждает, что ему, его единоличному исполнительному органу и представителю, подписавшему настоящее Заявление, на момент подписания настоящего Заявления не известно (не должно быть известно) о каких бы то ни было событиях, обладающих признаками страхового случая, произошедших с даты начала периода страхования (действия страхового покрытия), которая будет указана в Договоре Страхования [страховом полисе, сертификате, свидетельстве...], заключенном на основании настоящего Заявления.

Страхователь также обязуется до даты подписания вышеназванного Договора Страхования [страхового полиса, сертификата, свидетельства...] письменно и по электронной почте уведомлять Страховщика о наступлении таких вышеназванных событий не позднее 3 (Трех) рабочих дней с даты, когда ему стало о них известно.

В случае распространения действия Договора Страхования [страхового полиса, сертификата, свидетельства...], заключенного на основании настоящего Заявления, на правоотношения, возникшие до даты его подписания, события, обладающие признаками страхового случая и имевшие место с даты начала действия страхования (периода страхования), указанной в Договоре Страхования [страховом полисе, сертификате, свидетельстве...], заключенном на основании настоящего Заявления, до даты его заключения, о которых Страхователю, его единоличному исполнительному органу и/или представителю, подписавшему настоящее Заявление, было известно (должно было быть известно), не являются страховыми случаями.

By signing current Application the Insured confirms, that currently neither latter nor its general director (general manager, CEO), and/or representative signing this Application are not aware (or shouldn't have been aware) of any event (loss) (taking place prior to signing this Application, but within insurance period under the insurance contract [policy, agreement...]) matching characteristics of occurrence insured under the insurance contract [policy, agreement...] concluded upon this Application.

Up to the date of signing of the insurance contract [policy, agreement...] concluded upon this Application the Insured is obliged to notify the Insurer in writing and via e-mail of such abovementioned events within 3 (three) working days since the Insurer became aware on such event.

If Insurance Contract [policy, agreement...] concluded upon this Application provides insurance coverage for a period of time prior to the date of its signing, event (loss) taking place in abovementioned period even the one matching characteristics of occurrence insured under the insurance contract [policy, agreement...] won't be covered by the latter (insurance indemnity won't be paid) in case Insured (Insurant), and/or its general director (general manager, CEO), and/or its representative signing this Application have known (or should have known) about it before signing the Insurance Contract [policy, agreement...].

Информация о представителе Страхователя / Information on the representative of the Insured

ФИО, должность лица, подписавшего настоящее Заявление

Name & title of the person who signed this application on behalf of the Insured

Дата подписания

Date

Подпись Страхователя

Signature of the Insured

Печать / Stamp