исполнении ими трудовых (служебных) обязанностей

|  |  |
| --- | --- |
| **I. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ** | |
| 1. **Страхователь:**   **Наименование Организации или Ф.И.О.:** |  |
| **2. Адрес Страхователя:** |  |
| **3. № телефона:** |  |
| **4. Банковские реквизиты** |  |
| **5. Фамилия, имя, отчество, ответственное лицо:** |  |
| **6. Перечислите виды осуществляемой деятельности/ номера лицензии:** |  |
| **7. Вид деятельности/или производимой продукции:** |  |

**8.** Укажите характер производственного процесса, используемые виды сырья, материалы, продукцию, технологии (особо отметить наличие огнеопасных, взрывоопасных, химически активных, радиоактивных, источников повышенной опасности и т.д. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9.** Свидетельство о регистрации: №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдано (кем, когда, где)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10.** Перечень оказываемых услуг и/или производимой продукции: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**11.** Укажите общее число сотрудников  **- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ человек,** в том числе:

управленческого персонала: **- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ человек,**

производственного персонала: **- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ человек**

вспомогательного персонала: **- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ человек.**

**12.** Укажите годовой фонд заработной платы Компании **- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сом,** в том числе:

управленческого персонала **- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сом.**

производственного персонала **-**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **сом.**

вспомогательного персонала: - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **сом**

**13.** Укажите кратность (количество) годовых фондов заработной платы Компании (от 1-го до 20-ти): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**14.** Имели ли место несчастные случаи на производстве в течение последних пяти лет?

Если да, просим указать подробно размер, дату и суть случаев, а также меры принятые для предотвращения повторения таких случаев:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**15.** Имеется ли информация любого рода о каких-либо обстоятельствах, которые могут привести к предъявлению иска к Компании, сотрудникам, а также к бывшим сотрудникам:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**16.** Период страхования: **С « \_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_ г. по «\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_ г.**

**17.** Настоящее заявление является неотъемлемой частью договора страхования. \*

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

*Я/Мы заявляем, что вышеуказанные сведения, указанные мной/нами или от моего/нашего имени соответствуют действительности и являются полными и будут являться частью договора страхования.*

*Внимание! Все списки и приложения к Заявлению должны быть подписаны и скреплены печатью Страхователя. Страхователь несет юридическую ответственность за достоверность представленных данных.*

*Страхователь обязуется информировать Страховщика о любых изменениях, которые могут произойти до или после подписания Договора Страхования.*

**Страхователь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**

**(Ф.И.О. подпись)** М.П.