

|  |
| --- |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВАНИИ**  **ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ**  **СУДЕБНОГО ЭКСПЕРТА** |
| от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. |

|  |
| --- |
| Настоящее заявление является основанием для заключения договора страхования профессиональной ответственности судебного эксперта - Заявителя. Настоящее заявление должно быть заполнено Заявителем или его уполномоченным представителем. Все ответы должны быть полными и аккуратными. Впишите, обведите нужный ответ или отметьте знаком Х или ✓. При недостатке места приложите дополнительные листы  Запрошенные в настоящем вопроснике сведения, указанные в разделе 2 и 3 настоящего Заявления являются обстоятельствами, имеющими существенное значение для определения страхового риска в соответствии со статьей 944 ГК РФ. |

1. ЗАЯВИТЕЛЬ (СТРАХОВАТЕЛЬ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.1. | Наименование /Ф.И.О. |  |
| 1.2. | ИНН/КПП/ОГРН |  |
| 1.3. | Юридический адрес/ Адрес регистрации |  |
| 1.4. | Телефон/Факс/E-mail |  |
| 1.5. | Паспортные данные (ФИО) |  |

2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМАЯ СТРАХОВАТЕЛЕМ

2.1. Производство судебных экспертиз

2.2. Данные о Страхователе:

|  |  |
| --- | --- |
| Образование/ Квалификация / Наименование свидетельства (сертификата), диплома |  |
| Область экспертной деятельности |  |
| Наименование свидетельства (сертификата), диплома |  |
| Количество проведенных экспертиз |  |
| Количество дел, когда экспертиза не была принята судом |  |
| Членство в СРО или в НП  (указать наименование, дату вступления) |  |

2.3. Опыт в осуществлении услуг.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| до 1 года | от 1 до 3 лет | от 3 до 5 лет | от 5 до 10 лет | свыше 10 лет |
| ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

3. ПРЕДЫДУЩЕЕ СТРАХОВАНИЕ:

3.1. Заключали ли Вы ранее договор страхования профессиональный ответственности при осуществлении производства судебных экспертиз? Да ❑ Нет ❑, если “Да”, укажите:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование страховой компании | Период страхования | Лимит ответственности |
|  |  |  |
|  |  |  |

3.2. Если какой либо страховщик расторгал договор страхования, отказывался от его заключения или пролонгации, либо выдвигал специальные условия, то укажите подробности такового, включая наименование Страховщика:

|  |
| --- |
|  |

4. СВЕДЕНИЯ ОБ УБЫТКАХ:

4.1. Укажите, были ли претензии или иски к деятельности в течение последних 5 лет? ❑ Да ⌧ Нет, Если «да», то укажите размер, дату и суть претензии, а также меры принятые для предотвращения повторения таких претензий, исков:

|  |
| --- |
| Претензий или исков к моей профессиональной в области производства судебных экспертиз деятельности в течение последних 5 лет не было. |

4.2. Укажите, Известны ли Вам какие-либо обстоятельства, которые могут послужить основанием для претензии: ❑ Да ⌧ Нет, Если «Да» приведите подробности:

|  |
| --- |
| О обстоятельствах, которые могут послужить основанием для претензии мне не известно. |

5. ТРЕБУЕМЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ:

5.1. Параметры страхования

|  |  |
| --- | --- |
| Договор (Первичный/Пролонгация) |  |
| Страховая сумма |  |
| Лимит ответственности по одному случаю |  |
| Франшиза |  |

5.2. Период страхования:

|  |
| --- |
|  |

5.3. Требуемый ретро период

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Нижеподписавшийся Заявитель подтверждает, что, действуя из лучших побуждений, ответил правдиво и полно на все вопросы данного заявления.  **Страхователь (физическое лицо, индивидуальный предприниматель)** осведомлен и согласен, что указанные им в настоящем Заявлении персональные данные будут обрабатываться АО «АльфаСтрахование», зарегистрированным по адресу: 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. Б (далее по тексту – Страховщик), как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств, **с целью рассмотрения возможности заключения договора страхования**. В отношении персональных данных Страховщиком будут совершаться следующие действия: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача уполномоченным Страховщиком третьим лицам (список таких лиц опубликован на официальном сайте Страховщика https://www.alfastrah.ru), блокирование, удаление, уничтожение.  Согласие на обработку персональных данных действует в течение 5 лет с момента подписания настоящего Заявления и может быть отозвано Страхователем в любой момент времени путем направления письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных в адрес Страховщика. | |
| Ф.И.О. и должность Заявителя | подпись Заявителя: Дата  М.П. |
| Заявитель действует на основании устава/доверенности № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ | |