|  |  |
| --- | --- |
|  | **Заявление****на страхование профессиональной ответственности юридических консультантов** |
|  |  |

**Информация, предоставляемая ниже, расценивается как конфиденциальная.**

|  |
| --- |
| **СВЕДЕНИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ** |
| Страхователь |       |
| (фамилия, имя, отчество.) |
| Место прописки/пребывания |       |
| телефон |       | e-mail |       |
| Документ, удостоверяющий личность |       |
| (наименование) |
| серия |       | № |       | дата выдачи |       |
| орган, выдавший документ |       | срок действия |       |
| ИИН |       | Резидентство |       |
| Сведения о наличии счетов в банках, зарегистрированных в оффшорных зонах **(**Ѵ**):** | отсутствуют **[ ]**  | имеются **[ ]**  |
| Если имеются, необходимо указать источник происхождения денег: |       |

|  |
| --- |
| **СВЕДЕНИЯ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ** |
| Сведения о виде профессиональной деятельности | Деятельность юридических консультантов |
| Информация о профессиональной деятельности Застрахованного: |
| Укажите количество лет непрерывной юридической практики | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_лет. |
| Укажите наименование палаты юридических консультантов членом которой Вы являетесь | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Предоставьте данные о повышении профессиональной квалификации за последние двенадцать месяцев: | Участие в круглых столах, семинарах, конференцияхОпубликование статей и иных материалов в СМИ Посещение курсов повышения квалификацииВыпуск сборников, пособий, методических рекомендаций | Нет [ ]  Да [ ] Нет [ ]  Да [ ] Нет [ ]  Да [ ] Нет [ ]  Да [ ]  |
| При ответе Да укажите более подробнее:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Предоставьте данные о прохождении аттестации | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. *(указать дату прохождения)* |
| Укажите общее количество лиц, которым Вами была оказана юридическая помощь за последние двенадцать месяцев | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_человек, в том числе:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_физические лица,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_юридические лица.  |
| Укажите Ваш доход за прошлый календарный год  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тенге. |
| Укажите какое предполагаемое количество договоров об оказании юридической помощи планируется заключить в течение срока действия договора страхования  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(просим Вас указать данную информацию исходя из статистики за последние три года, о количестве ежегодно заключаемых Вами договоров об оказании юридической помощи)* |
| Предъявлялись ли Вам иски и (или) претензии о возмещении вреда, причиненного вследствие осуществления деятельности юридических консультантов: | Нет [ ]  Да [ ]  (при ответе Да укажите подробнее)Лицо предъявившее требование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата предъявления требования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Размер требования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Иные обстоятельства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| Известны ли Вам обстоятельства или происшествия, которые могут послужить основанием для предъявления требования? | Нет [ ]  Да [ ]  (при ответе Да укажите подробнее) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **ИСТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ТРИ ГОДА** |
| **Заключали ли вы ранее договоры страхования профессиональной ответственности?**  Нет [ ]  Да [ ] Если да укажите наименование страховой компании : |
| **Были ли страховые случаи за последние 3 года?** Нет [ ]  Да [ ] Если Да, то заполните, пожалуйста, таблицу ниже: |
| **Дата**  | **Страховая компания** | **Страховая сумма по договору страхования** | **Причина и описание страхового случая** | **Размер страхового возмещения** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **НЕОБХОДИМАЯ СТРАХОВАЯ ЗАЩИТА** |
| **Страховая сумма** (предельный объем ответственности Страховщика): |  |
| **Территория страхования:** | Республика Казахстан. |
| **Срок страхования:** | Двенадцать месяцев. |

**Страховая премия будет уплачиваться (указать да, нет):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наличными деньгами |  | Безналичным платежом |  |
| Единовременно (*указывается срок*) |  |

К заявлению прилагаются:

1) выписка из реестра членов палаты юридических консультантов, членом которой является Застрахованный.

**ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ**

1. Подпись Страхователя в настоящем заявлении подтверждает:

1) достоверность указанной информации, а также обязательство незамедлительно предоставлять информацию об изменении указанных сведений;

2) то, что данная информация предоставлена представителем Страхователя, но не страховым агентом (представителем) Страховщика;

3) согласие и разрешение на предоставление указанных сведений в правоохранительные органы Республики Казахстан по их требованию;

4) согласие на доступ к персональным данным, а так же на их сбор и обработку, в соответствии с Законом Республики Казахстан «О персональных данных и их защите»;

5) то, что осуществляемая операция не связана с легализацией (отмыванием) доходов и финансированием террористической деятельности.

**УВЕДОМЛЕНИЕ СТРАХОВАТЕЛЯ**

После заключения договора страхования Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) обязан:

1. предоставлять Страховщику доступ к проведению необходимой проверки и оценки объекта страхования;
2. уведомить страховщика о наступлении страхового случая в порядке и сроки, установленные договором страхования;
3. принять меры к уменьшению убытков от страхового случая;
4. сотрудничать со страховщиком при оценке и расследовании страхового случая, включая предоставление Страховщику всей необходимой информации;
5. иметь в наличии план мероприятий по снижению рисков.

***Внимание!*** *Страховщик вправе отказать в страховой выплате, в случае, если Страхователь предоставил ложные сведения или утаил, какую бы то ни было существенную информацию, влияющую на определение степени риска Страховщика.*

С условиями страхования ознакомлены. Права и обязанности Страховщиком разъяснены и Страхователю ясны.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Страхователь |  |  |  |  |  |  |  | «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201 \_\_ г. |
|  |  | (должность) | МП | (подпись) |  | (ФИО) |  |  |