**ЗАЯВЛЕНИЕ НА страхование ответственности**

**УДОСТОВЕРЯЩЕГО ЦЕНТРА**

Настоящее заявление является основанием для заключения договора страхования гражданской ответственности 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 заявлении сведения, указанные в разделе 2, 3, 4, 5 и 6 настоящего Заявления, являются обстоятельствами, имеющими существенное значение для определения страхового риска в соответствии со статьей 944 ГК РФ.

**1. ЗАЯВИТЕЛЬ (СТРАХОВАТЕЛЬ)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.1. | Наименование | Страхователь |
| 1.2. | Местонахождение | Реквизиты |
| 1.3. | Почтовый адрес |  |
| 1.4. | ИНН 0 | Резидент ❑ / Не резидент ❑ |
| 1.5. | Банковские реквизиты: | р/с  в  к/с  БИК |
| 1.7. | Телефоны/Факсы/E-mail |  |
| 1.8. | Сотрудник, отвечающий за вопросы страхования ответственности |  |
| 1.9. | Срок деятельности удостоверяющего центра (лет) |  |
| 1.10. | Наличие филиалов и представительств в субъектах Российской Федерации | ❑ Да, число субъектов Российской Федерации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ❑ Нет |
| 1.11. | Размер оплаченного уставного капитала, в тыс. руб. |  |
| 1.12. | Размер собственных средств (капитала), в тыс. руб. | за посл. завершенный финансовый год: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  за посл. отчетный налоговый период: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1.13. | Наличие лицензии | ❑ Лицензия на деятельность по разработке, производству, распространению, выполнению работ в области шифрования информации, техническому обслуживанию шифровальных средств, информационных и телекоммуникационных систем, защищенных с использованием шифровальных средств:  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ❑ Лицензия отсутствует |
| 1.14. | Количество мест осуществления деятельности в соответствии с лицензией | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**2. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМАЯ СТРАХОВАТЕЛЕМ**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.1. | **Вид деятельности:** | | |  |
| Удостоверяющий центр, получивший или подавший заявление на получение аккредитации | | | ❑ |
| Удостоверяющий центр федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление государственной регистрации юридических лиц | | | ❑ |
| Удостоверяющий центр федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на правоприменительные функции по обеспечению исполнения федерального бюджета, кассовому обслуживанию исполнения бюджетов бюджетной системы Российской Федерации | | | ❑ |
| Удостоверяющий центр Центрального банка Российской Федерации | | | ❑ |
| 2.2. | Данные о заявителях (доля в общем объеме услуг): | | | всего 100 % |
| - Индивидуальные предприниматели | \_\_\_\_ % | - Коммерческие организации | \_\_\_\_ % |
| - Физические лица, не зарегистрированные в качестве ИП | \_\_\_\_ % | - Некоммерческие организации | \_\_\_\_ % |
| - Иные физические лица, лица, замещающие государственные должности | \_\_\_\_ % | - Нотариусы и уполномоченные на совершение нотариальных действий лица | \_\_\_\_ % |
| 2.3. | Объем годовой выручки Страхователя: | | |  |
| - за предыдущий год | | | \_\_\_\_\_ млн руб. |
| - планируемый в текущем году | | | \_\_\_\_\_ млн руб. |
| 2.4. | Осуществляете ли Вы идентификацию (аутентификацию) заявителя на получение средств электронной подписи без его личного присутствия? | | | ❑ Да  ❑ Нет |
| 2.4.1. | Каким образом осуществляется идентификация (аутентификация) заявителя если его личное присутствие не требуется, поясните: | | | |
| 2.5. | Имелись ли случаи досрочного прекращения Вашей аккредитации уполномоченным федеральным органом за последние 3 года? | | | ❑ Да  ❑ Нет |
| 2.6. | Проводится ли автоматическая проверка на вирусы всей входящей информации? | | | ❑ Да  ❑ Нет |
| 2.7. | Проводится ли регулярное обновление антивирусных средств? | | | ❑ Да  ❑ Нет |
| 2.8. | Какие средства используются для защиты от вирусов? | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2.9. | Опишите процедуры хранения и работы с ключами проверки электронной подписи: | | | |
|  | | | |
| 2.10. | Выдаются ли клиентам - физическим лицам инструкции по использованию ЭЦП, хранению шифровальных (криптографических) средств | | | ❑ Да  ❑ Нет |

**3. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УДОСТОВЕРЯЮЩИХ ЦЕНТРАХ**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3.1. | Средства и меры охраны: | Охранная сигнализация: | ❑ Да ❑ Нет |
| Пропускная система: | ❑ Да ❑ Нет |
| Видеонаблюдение: | ❑ Да ❑ Нет |
| Наличие службы безопасности или договора с охранным предприятием | ❑ Да ❑ Нет |
| Наличие круглосуточной охраны | ❑ Да ❑ Нет |
| 3.2. | Средства пожарной безопасности: | Пожарная сигнализация: | ❑ Да ❑ Нет |
| Системы автоматического пожаротушения: | ❑ Да ❑ Нет |

**4. ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТНИКАХ СТРАХОВАТЕЛЯ**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 4.1. | Общее число работников Страхователя | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ чел. |
| 4.2. | Планируется ли увеличение численности работников в течение года?  Если «Да», укажите на сколько. | | | ❑ Да, на \_\_\_ чел.  ❑ Нет |
| 4.3. | Укажите число работников, принятых на работу и уволенных за последний год | | | Принято: \_\_\_ чел.  Уволено: \_\_\_ чел |
| 4.4. | Ознакомлены ли все работники с должностными инструкциями под роспись? | | | ❑ Да  ❑ Нет |
| 4.5. | Проводите ли Вы периодический инструктаж сотрудников по вопросам безопасности? | | | ❑ Да  ❑ Нет |
| 4.6. | Проводите ли Вы периодические аттестации сотрудников? | | | ❑ Да  ❑ Нет |
| 4.7. | Организован ли двойной контроль доступа при работе с кодами, ключами шифрования, средствами электронно-цифровой подписи, с закрытой информацией, составляющей коммерческую тайну? | | | ❑ Да  ❑ Нет |
| 4.8. | Есть ли у Вас корпоративная политика безопасности, оформленная в виде письменного документа, план действий в чрезвычайных ситуациях? | | | ❑ Да  ❑ Нет |
| 4.9. | Есть ли у Вас служба внутреннего аудита?  Если ответ «Да»:  - Существуют ли у Вас письменные инструкции по процедурам аудита и контроля? ❑ Да ❑ Нет  - Сколько сотрудников работают в службе внутреннего аудита? \_\_\_ чел  - Как часто проводятся внутренние аудиторские проверки? \_\_\_\_\_\_\_\_\_  - Проводятся ли периодически внезапные проверки? ❑ Да ❑ Нет | | | ❑ Да  ❑ Нет |
| 4.10. | Привлекаете ли Вы к работе временных сотрудников, практикантов студентов или лиц, выполняющих для Вас определенную работу по гражданско-правовым договорам | | | ❑ Да  ❑ Нет |
| 4.11. | Данные о работниках Страхователя, непосредственно осуществляющих деятельность по созданию и выдаче сертификатов ключей проверки электронных подписей: | | | |
| Фамилия Имя Отчество | Общий профессиональный стаж | Образование в области информационной безопасности | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |

**5. ПРЕДЫДУЩЕЕ СТРАХОВАНИЕ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5.1. | Заключали ли Вы ранее договор страхования ответственности удостоверяющего центра? | | ❑ Да  ❑ Нет |
| 5.2. | Если ранее заключали договоры страхования ответственности, то укажите: | | |
| Наименование страховщика | Период страхования | Лимит ответственности |
| Пред.договор |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 5.3. | Если какой-либо страховщик расторгал договор страхования, отказывался от его заключения или пролонгации, либо выдвигал специальные условия, то укажите подробности такового, включая наименование Страховщика: | | |
|  | | |

**6. СВЕДЕНИЯ ОБ УБЫТКАХ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6.1. | Укажите, были ли претензии или иски к деятельности компании (сотрудников компании) в течение последних 5 лет?  Если «да», то укажите размер, дату и суть претензии, а также меры принятые для предотвращения повторения таких претензий, исков:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ❑ Да  ⌧ Нет |
| 6.2. | Укажите, Известны ли Вам какие-либо обстоятельства, которые могут послужить основанием для претензии?  Если «Да» приведите подробности:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ❑ Да  ⌧ Нет |

**7. ТРЕБУЕМЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ:**

|  |  |
| --- | --- |
| Страховая сумма | 0 (ССпроп) |
| Лимит ответственности по одному случаю | 0 (ССлимитПроп) |
| Франшиза | 0 (ФраншПроп) |
| Период страхования | вступает в силу **с \_\_ \_\_\_\_ 20\_\_ г.** и действует **до \_\_ \_\_\_\_ 20\_\_ г.** включительно. |

*Нижеподписавшийся Заявитель подтверждает, что вышеуказанные сведения, внесенные в настоящее Заявление, полные и правдивые, и согласен с тем, что это Заявление формирует основу и является составной частью полиса (договора страхования), выданного на покрытие вышеуказанных рисков.*

***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.*

ФИО и должность заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_ \_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П.