

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СУДОВЛАДЕЛЬЦЕВ
APPLICATION FORM FOR P&I INSURANCE**

Прошу ОАО СК «Альянс» принять на страхование судно / Hereby OJSC IC Allianz is asked to insure a vessel:

ОБЩИЕ ДАННЫЕ О СУДНЕ / DETAILS OF THE VESSEL

Название судна / бывшее название Vessel's name / Ex name: ИМО номер / IMO Number:			
Тип / Type			
Год и место постройки / Year and place of built:			
Валовая вместимость (БТ) / Gross Tonnage (GT):			
Классификационное общество / Класс Classification Society / Class: Срок действия регистр докум./ Date of expiry of the Classification Certificate:			
Дата последнего осмотра / Date of last survey:			
Флаг / Flag		Порт приписки / Port of registry:	
Экипаж судна / Crew of Vessel:		Гражданство / Nationality	Опыт работы капитана / Experience of Captain
		Количество / Number of c/m	_____ (лет / years)

КОРПУС / HULL

Материал корпуса / Hull Material:		Наличие вторых бортов и дна / Double hull and bottom	
Уровень реновации корпуса (если проводилась) / Level of Renovation (if was any)		Год освид. Renovation Year	_____

ГЛАВНЫЙ ДВИГАТЕЛЬ / MAIN ENGINES

Тип главного двигателя / Type of Main Engines	Марка/ Model	Год и место постройки/ Year and Place of built	Мощность / Capacity
Дата / описание последнего ремонта главного двигателя / Date / Description of last repair of main engines:			

**ПОСЛЕДНИЙ РЕМОНТ, МОДЕРНИЗАЦИЯ - ОСНОВНЫЕ ВЫПОЛНЕННЫЕ РАБОТЫ /
LAST REPAIRS, MODERNIZATION WORKS - MAIN PERFORMED WORKS**

.....201.....г. проведен/ performed
Выполнено / Executed

**РАЙОНЫ ФАКТИЧЕСКОЙ ЭКСПЛУАТАЦИИ / МЕСТО ОТСТОЯ В ЗИМНИЙ ПЕРИОД
TRADING AREARS / PLACE of LAID UP (IN WINTER)**



--

СВЕДЕНИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ / INFORMATION ABOUT THE POLICYHOLDER:

<input type="checkbox"/> Юридическое лицо / Legal entity <input type="checkbox"/> Физическое лицо / Individual		<input type="checkbox"/> Резидент / Resident <input type="checkbox"/> Нерезидент/Non-resident		Принадлежность судна на праве / Ship ownership based on the right: _____ (укажите / specify)		
1. Страхователь – Юридическое лицо / Policyholder – legal entity:	Полное и сокращенное наименование:					
	Юридический адрес / Registered address:					
	Почтовый адрес / Postal address:					
	Реквизиты:	ИНН/КПП: _____ ITN/Tax registration reason code: _____ ЕГРЮЛ/ Код иностранной организации: _____ Unified State Register of Legal Entities/ Code of a foreign comp ny: _____				
	Тел./Факс / Tel./fax:			E-mail:		
ФИО Контактного лица / Name of a contact person:						
Тел./Факс / Tel./Fax:			E-mail:			
2. Страхователь / Policyholder <input type="checkbox"/> Физическое лицо/ individual: <input type="checkbox"/> ИП/ individual entrepreneur:	Фамилия Имя Отчество / Full name:					
	Паспортные данные: серия Passport data: series ____ № _____ выдан/ issued «__» _____ г. Кем выдан / Issued by: _____					
	Адрес регистрации / Registered address:					
	Адрес пребывания (если отличается)/ Actual address (if differs):					
	Пол/ <input type="checkbox"/> муж/male Sex: <input type="checkbox"/> жен/ female	Дата рождения / Date of birth	Место рождения / Place of birth	Гражданство / Citizenship		
	Тел./Факс Tel./fax:		E-mail:		ИНН /ITN:	
Для ИП / For an individual entrepreneur:	Наименование регистр. органа/ Name of the registration authority:	Регистрационный номер/ Registration number:	Дата регистрации / Registration date: «__» _____ г.			

СОБСТВЕННИК СУДНА (заполняется, если не является Страхователем)/REGISTER OWNER (to be filled in, if he is not a Policyholder)

Наименование юр. лица/ Name of a legal entity	
ФИО физического лица/ИП / Name of an individual/individual entrepreneur:	
Юридический адрес/ Registered address:	
Фактическое местонахождение/Actual address:	

ОПЕРАТОР/ ФРАХТОВАТЕЛЬ СУДНА (заполняется, если не является Страхователем) /SHIP OPERATOR/ CHARTERER (to be filled in, if he is not a Policyholder)

Наименование юр. лица / Name of a legal entity	
ФИО физического лица/ИП / Name of an individual/individual entrepreneur:	
Юридический адрес / Registered address:	
Фактическое местонахождение/ Actual address:	
ФИО Контактного лица / Name of a contact person:	
Конт.тел./Факс /Contact tel./fax:	E-mail:



ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ (заполняется, если не является Страхователем)/**BENEFICIARY** (to be filled in, if he is not a Policyholder)

Наименование юр. лица/ Name of a legal entity ФИО физ. лица/ИП / Name of an individual/individual entrepreneur:	
Юридический адрес/ Registered address:	
Фактическое местонахождение/Actual address:	
ФИО Контактного лица/ Name of a contact person:	
Конт.тел./Факс /Contact tel./fax:	E-mail:

ПЛАТЕЛЬЩИК СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (заполняется, если не указан выше)/ **PAYER OF THE INSURANCE PREMIUM** (to be filled in, if he is not mentioned above)

Наименование юр. лица / Name of a legal entity ФИО физического лица/ИП/ Name of an individual/individual entrepreneur:	
Юридический адрес/ Registered address:	

СВЕДЕНИЯ ПО СТРАХОВАНИЮ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СУДОВЛАДЕЛЬЦА/ P&I COVER

Период страхования и дата начала страхования / Period of insurance attachment date	C/ From «__» ____ 20__ no/ to «__» ____ 20__.		
Наименование Страховщика КАСКО / Name of H&M			
Страховая сумма по КАСКО-Полису/ Sum insured according to H&M Policy			
Объем покрытия по КАСКО-Полису ответственности за столкновения/ Cover for Collision with other ships according to H&M Policy			
Перевозятся ли грузы на палубе /Are cargo traveled on deck			
Требуемый лимит (общий) / Overall limit			
Состоят ли члены экипажа в международном профсоюзе моряков/ Are crewmembers associated in the International Seafarers' Union			
Требуется ли покрытие по Бункерной Конвенции/ Is Convention's on Liability for Bunker Oil Pollution Damage Cover required			
Имелись ли убытки за последние 5 лет (если да, то заполните таблицу справа). В данном разделе приводится информация о всех понесенных убытках в отношении всех судов, эксплуатируемых Страхователем (независимо от того страховались они или нет)./ Claims statistic for the last 5 years (if yes, fill in the table on the right). In this section is the information about all losses of the ships operated by Insured (irrespectively of insured or not).	Дата, место/ Date, place	Описание происшествия/ Accident history	Сумма убытка/ The sum of loss
Иная информация, способная повлиять на оценку степени риска/ Other information for risk evaluation			

Требуемые лимиты ответственности и франшизы по каждому риску указаны в нижеприведенной таблице/
Scope of cover, deductibles for each risk in below table:

Виды ответственности (риски)/ Insured perils	Требуемый лимит ответственности/ Overall limit	Требуемая франшиза/ Deductibles
1.1. Ответственность перед физическими лицами, иными, чем члены экипажа застрахованного судна/ Liability to Physical Persons Other than the Crew members of the Insured Ship	_____ перед 1 лицом/ for 1 per.	_____ перед 1 лицом/ for 1 per.
1.2. Обязанность перед членами экипажа Застрахованного судна / Liability to the Crewmembers of the Insured Ship	_____ перед 1 лицом/ for 1 per.	_____ перед 1 лицом/ for 1 per.
1.3. Расходы по отклонению судна от заданного маршрута/ Ship Diversion Expenses		



1.4. Ответственность за перевозку безбилетных пассажиров и беженцев/ Stowaways and Refugees		
1.5. Ответственность за столкновение Застрахованного судна с другими судами / Collision with Other Ship		
1.6. Ответственность за гибель или повреждение имущества, включая гибель или повреждение плавучих или неподвижных объектов/ Loss of or Damage to Property, Including the Loss of Damage to Floating or Stationary Objects		
1.7. Ответственность за загрязнение окружающей среды / Pollution Risks		
1.8. Ответственность по договорам буксировки/ Liability Arising out of Towage Contracts		
1.9. Ответственность за последствия кораблекрушения/ Wreck Liabilities		
1.10. Ответственность за груз, перевозимый на Застрахованном судне/ Cargo Liabilities		
1.11. Ответственность по доле судна в общей аварии и расходах по спасанию/ General Average and Salvage Contributions of a Ship		
1.12. Расходы, связанные с выплатой специальной компенсации спасателям/ Expenses related to the Payment of Special Compensation to Salvors		
1.13. Ответственность за имущество на Застрахованном судне/ Property on the Insured Ship		
1.14. Ответственность в связи с предъявлением к страхователю требований со стороны государственных компетентных органов к выплате/ Liability as a result of the competent State authorities' claims for compensation from the Assured.		
1.15. Расходы, связанные со спасанием жизни/ Life Salvage Expenses		
1.16. Карантинные расходы/ Quarantine Expenses		
1.17. Расходы по расследованию обстоятельств страхового случая / Event Circumstances Enquiry Expenses		

Сведения, содержащиеся в настоящем Заявлении, являются полными и соответствуют действительности. О правовых последствиях сообщения Страховщику заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, предупрежден./ Data in the Application is complete and represent the facts. I AM WARNED of legal implications of communication to the Insurer of false facts on the circumstances that are important for determining the likelihood of an insured event and the size of related possible losses.

Дата / Date «___»_____ 201___
Signature_____

Подпись заявителя /

ПЕРЕЧЕНЬ ПРИЛАГАЕМЫХ ДОКУМЕНТОВ (передаются E-mail или факсом)/ **LIST OF ENCLOSED DOCUMENTS** (transferred via E-mail or fax):

- Классификационное свидетельство / Classification Certificate;
- Свидетельство об управлении безопасностью судна (МКУБ) – если применяется / (ISM Code) – if applied;
- Свидетельство о безопасности судна (ОСПС) / Ship Safety Certificate;
- При наличии - Документы, подтверждающие стоимость судна / If available – document confirming the Value of the vessel.