

ЗАЯВЛЕНИЕ на страхование

Прошу заключить договор страхования в соответствии с Правилами № 22 добровольного страхования гражданской ответственности за причинение вреда в связи с осуществлением профессиональной деятельности.

Страхователь - Физическое лицо	(Ф.И.О.)	
Паспортные данные	(серия и номер, дата выдачи, кем выдан)	
Идентификационный номер		
Гражданство		
Число, месяц, год рождения		
Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, лицом, занимающим должность, включенную в определяемый Президентом Республики Беларусь перечень государственных должностей Республики Беларусь*, членом их семей и приближенным к ним лицом * перечень размещен на официальном сайте Комитета государственного контроля Республики Беларусь (http://kgk.gov.by/ru/spisok_pdl/)		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Страхователь - Юридическое лицо	(наименование)	
Регистрационный номер в Едином государственном регистре юридических лиц и индивидуальных предпринимателей		
Учетный номер плательщика (для нерезидентов – иной идентификационный номер)		
Дата создания (регистрации) иностранного юридического лица, иностранной организации, не являющейся юридическим лицом по иностранному праву		
Номер создания (регистрации) иностранного юридического лица, иностранной организации, не являющейся юридическим лицом по иностранному праву		
Являются ли руководители, бенефициарные владельцы организации-страхователя иностранными публичными должностными лицами, должностными лицами публичных международных организаций, лицами, занимающими должности, включенные в определяемый Президентом Республики Беларусь перечень государственных должностей Республики Беларусь*, членами их семей и приближенными к ним лицами Если «Да», то указать их _____ * перечень размещен на официальном сайте Комитета государственного контроля Республики Беларусь (http://kgk.gov.by/ru/spisok_pdl/)		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

Адрес			
Телефон			
Адрес электронной почты			
Условия договора страхования			
Ответственное лицо (если оно отлично от Страхователя)	полное наименование/Ф.И.О., местонахождение/адрес, тел. факс		
Вид профессиональной деятельности (профессия) Страхователя (его работников)			
Специальное разрешение на право осуществления деятельности	№ _____, выдано « ____ » _____ Г.		
Иной документ, дающий право на занятие данным видом деятельности	(№, дата выдачи)		
Территория действия договора страхования			
Срок действия договора страхования			
Агрегатный лимит ответственности			
Лимит ответственности на один страховой случай			
Лимит ответственности по возмещению вреда, причиненного имуществу (имущественным правам)			
Лимит ответственности по возмещению вреда, причиненного жизни, здоровью			
Лимит ответственности по возмещению вреда, причиненного жизни, здоровью одного потерпевшего (Выгодоприобретателя)			
Лимит ответственности по судебным расходам			
Иные лимиты ответственности			
Порядок уплаты страхового взноса:			
<input type="checkbox"/> единовременно <input type="checkbox"/> в два срока <input type="checkbox"/> ежеквартально <input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> в сроки, определенные соглашением сторон			
Информация для оценки риска			
Среднемесячное количество клиентов у Страхователя по данному виду деятельности			
Стаж работы Страхователя по данному виду деятельности			
Комплексное страхование (применяется при условии заключения (наличия действующих) договоров страхования по иным видам)	<input type="checkbox"/> добровольного личного и (или) имущественного страхования <input type="checkbox"/> добровольного и (или) обязательного страхования ответственности		
Единовременная уплата страхового взноса	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		

Заключение договора страхования на 2-ой и последующие годы при условии предоставления полиса ЗАО «ТАСК» или другой страховой организации по предыдущим годам и отсутствии страховых случаев	<input type="checkbox"/> в течение одного года <input type="checkbox"/> в течение двух лет <input type="checkbox"/> в течение трех лет <input type="checkbox"/> в течение четырех лет <input type="checkbox"/> в течение пяти лет и более	
Наличие страховых случаев за предыдущий год работы	<input type="checkbox"/>	
Вид и размер франшизы (в % от лимита ответственности)		
Осуществление профессиональной деятельности по оказанию (выполнению) всех услуг (работ), оказываемых (выполняемых) Страхователем (ответственным лицом) Осуществление профессиональной деятельности по оказанию услуг (выполнению работ) конкретному клиенту (клиентам), по оказанию услуг (выполнению работ) по конкретному договору (договорам), проекту (проектам)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Иные сведения по договору страхования		
С Правилами страхования ознакомлены. Полноту и достоверность изложенных в настоящем заявлении сведений подтверждаем.		
Страхователь МП	_____ (подпись)	_____ (Ф.И.О., должность)
«___» _____ 20__ г		