

## ЗАЯВЛЕНИЕ на страхование

Прошу заключить договор страхования в соответствии с Правилами № 44 добровольного страхования убытков вследствие вынужденного перерыва в производстве.

<b>Страхователь - Юридическое лицо</b>	(наименование)	
Регистрационный номер в Едином государственном регистре юридических лиц и индивидуальных предпринимателей		
Учетный номер плательщика (для нерезидентов – иной идентификационный номер)		
Дата создания (регистрации) <b>иностранного</b> юридического лица, иностранной организации, не являющейся юридическим лицом по иностранному праву		
Номер создания (регистрации) <b>иностранного</b> 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 ( <a href="http://kgk.gov.by/ru/spisok_pdl/">http://kgk.gov.by/ru/spisok_pdl/</a> )	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
<b>Страхователь - индивидуальный предприниматель</b>	(ФИО)	
Паспортные данные		
Идентификационный номер		
Гражданство		
Число, месяц, год рождения		
Учетный номер плательщика		
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 ( <a href="http://kgk.gov.by/ru/spisok_pdl/">http://kgk.gov.by/ru/spisok_pdl/</a> )	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	

Адрес		
Телефон		
Факс		
Адрес электронной почты		
Варианты страхования	<input type="checkbox"/> Вариант А <input type="checkbox"/> Вариант Б <input type="checkbox"/> Вариант В <input type="checkbox"/> Вариант Г <input type="checkbox"/> Вариант Д	
Срок деятельности Страхователя		
Вид предпринимательской деятельности, убытки вследствие вынужденного перерыва которой принимаются на страхование		
Период по возмещению убытков		
Период ожидания		
<b>Вид убытков, принимаемых на страхование</b>	<b>Страховая сумма</b>	
Текущие расходы		
Неполученная (недополученная) чистая прибыль		
Всего		
Территория страхования		
Место страхования		
Срок действия договора страхования		
Вид и размер франшизы		
Сроки уплаты страхового взноса	<input type="checkbox"/> единовременно <input type="checkbox"/> в два срока <input type="checkbox"/> поквартально <input type="checkbox"/> ежемесячно	
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		