

ЗАЯВЛЕНИЕ на страхование

Прошу заключить договор страхования в соответствии с Правилами № 46 добровольного страхования рисков держателей банковских платежных карточек с ЗАСО «ТАСК».

Список владельцев счетов на _____ листах прилагается (в случае если Страхователем является юридическое лицо).

| | | |
|--|---|---|
| Страхователь - Физическое лицо (ИП) | (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 (ИП) | (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 | | |
| Банковские реквизиты | | |
| Являются ли руководители, бенефициарные владельцы организации-страхователя иностранными публичными должностными лицами, должностными лицами публичных международных организаций, лицами, занимающими должности, включенные в определяемый Президентом | | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |

| | |
|--|--|
| 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/) | |
|--|--|

| | | |
|---|---|------------------|
| Адрес | | |
| Телефон | | |
| Адрес электронной почты | | |
| Страховая сумма по договору страхования | | |
| Срок действия договора страхования (лет, месяцев) | с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г. | |
| Территория действия договора страхования | | |
| 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"/> ежегодно | |
| Сведения о карточке, принимаемой на страхование | | |
| Банк-эмитент карточки | | |
| Реквизиты договора карт-счета (счета по учету кредитов) | | |
| Тип, валюта карточки | | |
| Номер карточки | | |
| Лица, имеющие право на осуществление операций с карточкой | | |
| Иные условия договора страхования | | |
| <p>Полноту и достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю. С условиями страхования ознакомлен и согласен. Мне известно, что условия, содержащиеся в Правилах страхования, в том числе не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страховщика и Страхователя.</p> | | |
| «___» _____ 20__ г. | | |
| Страхователь МП | _____ | _____ |
| | (подпись) | (ФИО, должность) |