

**ЗАЯВЛЕНИЕ
на страхование**

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

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

Страхователь - Физическое лицо (ИП)			(Ф.И.О.)
Данные документа, удостоверяющего личность (вид, серия, номер, идентификационный номер, дата выдачи, выдавший орган, срок действия)			
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 Республики Беларусь перечень государственных должностей Республики			<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

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	

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.

«___» _____ 20__ г.

Страхователь МП	_____	_____
	(подпись)	(ФИО, должность)