Заявление получено:

**Разрешение на заключение договора страхования** (если требуется)

получено \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

когда получено, кем дано

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование структурного подразделения Белгосстраха

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

должность, Ф.И.О. работника страховщика

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОБРОВОЛЬНОМ СТРАХОВАНИИ**

**ответственности руководителей**

Раздел 1. СВЕДЕНИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ

Ф.И.О./Наименование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес/место нахождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Банковские реквизиты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Свидетельство о регистрации (для юридического лица, индивидуального предпринимателя), дата, номер, кем выдано: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Раздел 2. СВЕДЕНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ РИСКА

*Сведения о руководителе-физическом лице, чья ответственность принимается на страхование*

|  |  |
| --- | --- |
| Дата и место рождения |  |
| Данные документа, удостоверяющего личность  |  паспорт  иной документ (указать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Адрес по месту регистрации |  |
|  |
| Время регистрации по указанному адресу: до 1 года  1-3 года  3-5 лет  свыше 5 лет |
| Адрес фактического места жительства/фактического местонахождения (если отличается от регистрации) |  не отличается от адреса регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Телефон, код города, электронный адрес | Рабочий  |
|  | Мобильный, код оператора |
|  | Домашний |
|  | e-mail |
| Занимаемая должность*,* стаж работы в ней |  |
| Образование, наименование учебного заведения, специальность |  среднее  средне специальное  высшееНаименование Год окончания: Специальность:  |
| Опыт работы | Общий стаж:  |
| Стаж работы в данной отрасли: |
| Стаж работы в данной организации: до 1 года  1-3 года  свыше 3-х лет |

*Сведения о руководителе -* *коммерческой организации или индивидуальном предпринимателе (управляющем), чья ответственность принимается на страхование*

|  |  |
| --- | --- |
| Полное наименование |  |
| Юридический адрес  |  |
| Адрес фактического места нахождения |  |
| ФИО директора |  |
| ФИО главного бухгалтера |  |
| Кем и когда зарегистрировано предприятие/ИП |  |
| Учредители, их доля в уставном фонде в %-ах  |  |
| Период деятельности предприятия, индивидуального предпринимателя | Общий: \_\_\_\_\_\_  |
| Период деятельности в данной отрасли: |
| Период деятельности в данной организации: до 1 года  1-3 года  свыше 3-х лет |

*Сведения о юридическом лице*

|  |  |
| --- | --- |
| Полное наименование |  |
| Юридический адрес |  |
| Адрес фактического места нахождения |  |
| телефон |  |
| факс |  |
| е-mail |  |
| адрес сайта в Интернете |  |
| Дата создания предприятия |  |
| Кем и когда зарегистрировано  |  |
| Ведомственная подчиненность |  |
| Форма собственности  |  |
| Учредители, их доля в уставном фонде в %-ах  |  |
| Обособленные подразделения (с правом/без права юридического лица)  |  |
| Участвует ли предприятие в уставном фонде других предприятий? |  |
| Основные виды деятельности |  |
| Наличие предъявленных предприятию требований о возмещении причиненного вреда (при наличии указать конкретную информацию) |  |
| Наличие за последние 3 года фактов наложения на предприятие штрафных санкций |  |

Раздел 3. условия договора страхования

Лимит ответственности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Установление лимита ответственности в иностранной валюте с уплатой страховой премии в белорусских рублях  да  нет

Безусловная франшиза \_\_\_\_\_\_ % от суммы убытков, подлежащих возмещению

Порядок уплаты страховой премии:

 единовременно  в два срока  поквартально

 в иные сроки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Срок действия договора страхования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Перечень страховых случаев \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Иные условия договора страхования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Раздел 4. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Заключены ли страхователем (ответственным лицом) аналогичные договоры страхования с другими страховыми компаниями? \_\_\_\_ Если да, то с какими компаниями? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о договорах страхования по иным видам страхования, заключённых (заключаемых) страхователем с Белгосстрахом:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Вид страхования | Период страхования, лет |
|  |  |  |
|  |  |  |

Полноту и достоверность изложенных в настоящем заявлении сведений подтверждаем. Обязуемся в течение 3-х рабочих дней надлежащим образом уведомить Страховщика об изменении почтового адреса, номеров телефонов и иных реквизитов, указанных в настоящем заявлении.

С условиями страхования ознакомлены и согласны. Правила страхования получены.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

должность подпись Ф.И.О.

 МП

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

должность подпись Ф.И.О.

 МП