Приложение №2 к Правилам № 44 добровольного страхования гражданской ответственности за причинение вреда в связи с осуществлением профессиональной деятельности

**Белорусское республиканское унитарное предприятие**

**экспортно-импортного страхования**

**«БЕЛЭКСИМГАРАНТ»**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

о страховании гражданской ответственности за причинение вреда в связи с осуществлением профессиональной деятельности

**Страхователь** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полное наименование; УНП (иной аналогичный номер); адрес места

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

нахождения; регистрационный номер в Едином гос. регистре; банковские реквизиты; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_основной вид деятельности; телефон (факс); контактное лицо)

В случае, когда юридическое лицо – страхователь было создано путем реорганизации существовавшего ранее юридического лица, указать дополнительно следующие сведения до реорганизации: полное наименование; регистрационный номер в Едином государственном регистре; УНП; форма реорганизации; дата реорганизации.

В случае, когда страхователем выступает индивидуальный предприниматель, указать дополнительно следующие сведения: ФИО; дата рождения; место жительства (адрес регистрации); идентификационный номер; вид документа, удостоверяющего личность; серия; номер; дата выдачи; наименование государственного органа, выдавшего документ.

Специальное разрешение (лицензия) на право осуществления деятельности

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдана «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

Просит заключить на условиях Правил страхования «Белэксимгарант» №44 от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. договор добровольного страхования гражданской ответственности за причинение вреда в связи с ее осуществлением.

Срок действия договора страхования \_\_\_ с \_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Стаж профессиональной деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Срок деятельности субъекта хозяйствования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Список работников, выполняющих профессиональные функции, чья ответственность за причинение вреда принимается на страхование:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ФИО | Должность | Стаж работы |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Территория действия договора страхования:

 Республика Беларусь

 иные, чем Республика Беларусь, страны

 Республика Беларусь и иные страны

Предъявлялись ли за последние 5 лет иски или имущественные претензии за нанесение ущерба вследствие профессиональной деятельности страхователя? Да [ ]  Нет [ ]  Если «Да», то укажите:

Кем, когда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ \_\_\_ г.

Размер претензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сумма выплаченного возмещения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Застрахована ли профессиональная деятельность в других страховых компаниях в настоящее время? [ ]  Да [ ]  Нет Если «Да», то укажите:

Компанию\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Период страхования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Франшиза: безусловная, % от суммы убытков \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключение договора на новый срок и отсутствие страховых случаев по предыдущим договорам

 да нет

Порядок уплаты страхового взноса

 единовременно в два этапа ежеквартально ежемесячно

***С Правилами страхования ознакомлен и согласен.***

***Полноту и достоверность изложенных в настоящем заявлении сведений подтверждаю. Правила страхования получены.***

***На передачу информации, содержащейся в настоящем заявлении и других представленных документах, для целей дальнейшего перестрахования риска (в том числе за пределами Республики Беларусь) по заключаемому договору страхования согласен.***

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (ФИО)