**Заявления на обязательное страхование гражданско-правовой ответственности аудиторов и аудиторской организаций**

АО «Нефтяная страховая компания» Юридический адрес: РК, г. Астана, ул. Бараева 15, Фактический адрес: РК, г. Алматы, мкр. Алмагуль 15А, БИН960440000716 ИИК KZ178560000000014722 БИК KСJBKZKX в АО «Банк Центр Кредит», Кбе 15, Тел. +7 727 258 18 00

Сведения необходимые для заключения договора страхования в соответствии с законодательством Республики Казахстан о страховании и страховой деятельности:

1. Номер лицензии и Дата выдачи лицензии: №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_ года
2. Номер свидетельства об аккредитации и дата его выдачи: №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_ года
3. Местонахождение офиса (территория страхования)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Дата основания организации/ Когда начата аудиторская деятельность?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Сектор экономики:

|  |  |
| --- | --- |
| □ 0 Международные организации | □ 6 Государственные нефинансовые организации |
| □ 1 Центральное Правительство | □ 7 Негосударственные нефинансовые организации |
| □ 2 Региональные и местные органы управления | □ 8 Некоммерческие организации, обслуживающие домашние хозяйства |
| □ 3 Центральные (национальные) банки | □ 9 Домашние хозяйства |
| □ 4 Другие депозитные организации |  |
| □ 5 Другие финансовые организации |  |

1. Срок действия страхового полиса: С «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г. по «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.
2. Страховая сумма должна быть не менее 10 000 МРП: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Страховой тариф варьируется от 0,35% до 4,5%, укажите ваш выбор:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Условная франшиза должна быть не более 5% от страховой суммы?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Подтверждаем, отсутствие аффилированности с государственными органами, государственными учреждениями, государственными предприятиями, юридическими лицами, 50 (пятьдесят) и более процентов голосующих акций (долей участия в уставном капитале) которых принадлежат государству:  Да  Нет

С Правилами страхования ознакомлен и согласен. Настоящим заявляем, ответы данные на вопросы заявления являются правдой и вся существенная информация в соответствии с требованиями Страховщика нами предоставлена.

Заявитель (Страхователь): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О.) (подпись)*

Дата заявления: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ года