



KAZAKHEXPORT

ЭКСПОРТНО-КРЕДИТНОЕ АГЕНТСТВО КАЗАХСТАНА

**Заявление
на страхование убытков экспортера, связанных с выполнением работ/оказанием услуг**

Регистрационный номер №		Дата	
-------------------------	--	------	--

1. Заявитель (страхователь)	Наименование:			
	Дата регистрации заявителя:			
	Телефон:			
	e-mail:			
	БИН/ИИН:			
	Контактное лицо:			
	Должность:			
	Адрес:			
		Область		
		Район/ Город		
		Село		
	Количество работников:			
	Сегмент:			
	Продукция:			
	ТНВЭД:			
	КАТО			
	Код ОКПО:			
	Отрасль:			
	Банковские реквизиты:			
	Показатели:	202_ (факт)	202_ (факт)	
Размер выручки (за последние 24 месяца), тенге				

	Сумма выплаченных налогов (за последние 24 месяца), тенге		
		<i>[заполняется при направлении заявления по системе «e-Минфин» субъектами малого или среднего предпринимательства]</i>	
	Фонд оплаты труда (за последние 24 месяца), тенге		
	Наличие задолженности перед своими работниками по пенсионным отчислениям на дату подписания заявления	☐ ДА	☐ НЕТ
	Наличие налоговой задолженности на дату подписания заявления	☐ ДА	☐ НЕТ

2. Общее описание деятельности и услуг заявителя:

--

3. Покупатель

Наименование:	
Страна:	
Дата юридической регистрации:	
Юридический (почтовый) адрес:	
Фактический адрес:	
Регистрационный/идентификационный номер	
Банковские реквизиты:	
Ф.И.О. Руководителя:	
Телефон	
Факс	
e-mail:	
Интернет страница (при наличии):	

4. Номер контракта и поставляемые товары/услуги	А) Номер контракта и дата заключения:	№	Дата:
	Б) Поставляемые товары/услуги:		
	В) Срок действия контракта:	с	по
	Г) Код ТН ВЭД товара:		

5. Поставка	
--------------------	--

6. Контракт	А) Общая сумма по контракту:	валюта
	Б) Запрашиваемый лимит страхования:	валюта
	В) Средний объем поставок:	тн.
	Г) Цена за единицу товара	валюта
	Д) Вид транспорта:	
	Е) Страна поставки:	

7. Условия оплаты	предоплата по условиям договора составляет
	отсрочка по условиям договора составляет

8. Условия поставки	
----------------------------	--

9. Страхование запрашивается для защиты от:	
--	--

10. Происхождение товаров/ услуг являющихся составной частью экспортной транзакции.	А) Бывшие в употреблении			
	Б) Товары/услуги произведены:			
		Страна	Компания (поставщик)	Закупочная стоимость, тг

11. Положение о неустойке или возврате товара по просроченным платежам в контракте/в предполагаемом заключаемом контракте	

12. Аффилированность сторон	
------------------------------------	--

13. Дополнительная информация в отношении покупателя.				
	2. Дата начала сотрудничества:			
Объем продаж данному покупателю за последние 3 года				
Оценка покупателя				

14. История поставок.		данные за последние 5 поставок при наличии истории:					
		дата поставки	объем ед.		Стоимость		Дата оплаты по договору
	количество поставок						
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						

15. Обязательства покупателя по контракту			
	Сумма	Валюта	Дата причитающегося платежа (укажите по каждому обязательству)
текущие обязательства			
просроченные обязательства			

16. Сведения о гаранте/поручителе и финансовом положении покупателя (если имеется)	
--	--

17. Дополнительная информация	
-------------------------------	--

18. ОКЭД (Общий классификатор видов экономической деятельности)	Секция по ОКЭД	
	Код ОКЭД	
	Наименование ОКЭД	

19. Наличие доли у Заявителя в уставном капитале, принадлежащей АО «Национальный управляющий холдинг «Байтерек»	
---	--

20. Рейтинг заявителя (при наличии)	
-------------------------------------	--

21. Размер выручки заявителя (за последние 2 года)		валюта
--	--	--------

22. Сумма выплаченных налогов Заявителем (за последние 2 года)		валюта
--	--	--------

23. Каким образом Вами был найден Импортёр?	валюта	
24. Из каких источников Вам стало известно о страховых продуктах АО «Экспортно-кредитное агентство Казахстана» (страховщик)?	☐ Семинар ☐ По рекомендации третьих лиц ☐ Информация в СМИ ☐ Интернет ☐ (газеты, телевидение) ☐ Другие источники (просим указать): ☐ Адресная рассылка страховщика	
25. Согласие заявителя/страхователя на раскрытие персональных данных и информации, в том числе составляющую тайну страхования, коммерческую тайну и другую охраняемую законом тайну:	Подписывая настоящее Заявление Заявитель/Страхователь подтверждает свое согласие Страховщику: – На раскрытие следующей информации на корпоративном Интернет-ресурсе Страховщика www.kazakhexport.kz и для предоставления отчетов об оказанных мерах государственной поддержки Страховщика, в АО «Национальный управляющий холдинг «Байтерек», уполномоченные государственные органы Республики Казахстан: ✓ Наименование Заявителя/Страхователя; ✓ БИН Заявителя/Страхователя; ✓ Наименование страхового продукта; ✓ Сумма принятых обязательств; ✓ Отрасль Заявителя/Страхователя; ✓ Наименование экспортируемой продукции/услуги; ✓ Место реализации проекта Заявителя/Страхователя; ✓ Наименование ОКЭД Заявителя/Страхователя; ✓ Наименование ТНВЭД Заявителя/Страхователя; ✓ Описание проекта Заявителя/Страхователя; ✓ Иные необходимые данные	

	– На сбор, обработку, распространение, хранение и использование, любым допускаемым законодательством Республики Казахстан способом, общей и Конфиденциальной информации Заявителя/Страхователя, персональных данных первого руководителя Заявителя/Страхователя, информации по составу учредителей, аффилированных лицах Заявителя/Страхователя, предоставляемые Заявителем/Страхователем в адрес АО «Национальный управляющий холдинг «Байтерек» и (или) любому юридическому лицу, учредителем которого является АО «Национальный управляющий холдинг «Байтерек» – На раскрытие следующей информации/сведений о Заявителе/Страхователе (в том числе о выпущенных банком по заявлению лица-должника гарантиях или поручительствах, о произведенных Страховщиком страховых выплатах), касающихся его финансовых и других обязательств имущественного характера из всех возможных источников, и которая поступит в указанный(ые) источник(и) в будущем будет предоставлена во все кредитные бюро, с которыми Страховщиком заключен договор о предоставлении информации
26. Согласие на раскрытие иной информации	☐ Настоящим Заявитель/Страхователь предоставляет Страховщику свое согласие на раскрытие следующей информации для продвижения страховых продуктов Страховщика в рекламных целях в любых средствах массовой информации: ✓ Наименование Заявителя/Страхователя; ✓ Наименование страхового продукта; ✓ Отрасль Заявителя/Страхователя; ✓ Наименование экспортируемой продукции/услуги; ✓ Место реализации проекта Заявителя/Страхователя; ✓ Страна экспорта; ✓ Краткое описание проекта Заявителя/Страхователя. ☐ Не согласны
27. Обязательства против коррупции	Заявитель/Страхователь настоящим принимает на себя обязательства соблюдать и выполнять нормы действующего законодательства Республики Казахстан по противодействию коррупции и легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма.

Заявитель/Страхователь заверяет и гарантирует, что не будет прямо или косвенно выплачивать, не будет предлагать, или обещать выплатить и не разрешает выплату любых денежных сумм, а также - передачу имущества, имущественных прав, иных материальных ценностей, оказание содействия в получении материальной/нематериальной выгоды любым лицам, включая работников и должностных лиц Страховщика с целью получения услуг страхования либо с целью добиться каких-либо преимуществ в получении услуг страхования.

Заявитель/Страхователь принимает на себя обязательства не осуществлять никаких действий, квалифицируемых нормами законодательства Республики Казахстан как коррупционные правонарушения, включая дачу/получение/посредничество в передаче взятки, коммерческий подкуп, незаконное вознаграждение, злоупотребление полномочиями, а также – действий, квалифицируемых как легализация (отмывание) доходов, полученных преступным путем, и финансирование терроризма.

Заявитель/Страхователь обязуется незамедлительно уведомить Страховщика (его должностных лиц и/или Омбудсмана Страховщика) любым доступным способом, предусмотренным законодательством Республики Казахстан (в письменном виде, направлением сообщения на электронную почту, по телефону «горячей линии» и иными способами) о всех известных ему фактах либо возникших обоснованных подозрениях относительно случаев вымогательства со стороны должностных лиц и/или работников Страховщика либо иных лиц, действующих в интересах Страховщика денежных сумм, материальных ценностей, иного имущества, льгот, услуг, преференций.

Заявитель/Страхователь также обязуется незамедлительно уведомить Страховщика (его должностных лиц и/или Омбудсмана Страховщика) любым доступным способом, предусмотренным законодательством Республики Казахстан (в письменном виде, направлением сообщения на электронную почту, по телефону «горячей линии» и иными способами) о всех известных ему фактах либо возникших обоснованных подозрениях о любых коррупционных проявлениях, должностных злоупотреблениях и иных противоправных действиях со стороны должностных лиц и/или работников Страховщика в отношении Заявителя/ Страхователь.

ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

Настоящим заявляем, что, сведения, изложенные в данном Заявлении, являются достоверными, и вся существенная информация в соответствии с требованием Страховщика нами предоставлена.

Мы подтверждаем, что ознакомлены и согласны с Правилами страхования экспортных кредитов, с условиями страхования согласны.

Заявитель/Страхователь подписанием настоящего Заявления дает Страховщику согласие на сбор, обработку, хранение и передачу любых сведений и информации, содержащих его персональные данные, а также сведений о его органах управления, должностных лицах: коллегиальным органам Страховщика; третьим лицам, осуществляющим сопровождение и обслуживание программного обеспечения Страховщика; аудиторской организации Страховщика; Единственному акционеру Страховщика; Национальному Банку Республики Казахстан и его структурным подразделениям; Агентству по регулированию и развитию финансового рынка Республики Казахстан; Некоммерческой организации «Ассоциация финансистов Республики Казахстан», иным уполномоченным лицам/органам в соответствии с законодательством РК.

Уведомление. Страховщик оставляет за собой право аннулировать договор страхования в случае, если Страхователь настоящим привел ложные сведения либо утаил какую бы, то ни было существенную информацию в целях заключения договора страхования.

Первый
руководитель

(Пожалуйста, укажите полностью Ф.И.О.)

Подпись:

М.П.

дата:

г.