

Заявление
на страхование краткосрочной дебиторской задолженности
экспортера

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

1. Заявитель (страхователь)	Наименование:		
	Дата регистрации заявителя:		
	Телефон:		
	e-mail:		
	БИН/ИИН:		
	Контактное лицо:		
	Адрес:		
	Улица, дом:		
	Код ОКЭД:		
	Наличие доли у Заявителя в уставном капитале, принадлежащей АО «Национальный управляющий холдинг «Байтерек»:		
	Размер выручки (за последние 24 месяца), тенге	За 202_ год	За 202_ год
	Сумма выплаченных налогов (за последние 24 месяца), тенге	За 202_ год	За 202_ год
	Общее описание деятельности и услуг заявителя:		
	Банковские реквизиты:		
	Из каких источников Вам стало известно о страховых продуктах АО «Экспортно-Кредитное агентство Казахстана» (страховщик)?		

2. Покупатель	Наименование:	
	Банковские реквизиты:	
	Телефон	
	E-mail:	
	Интернет-страница (при наличии):	
	Страна:	
	Дата юридической регистрации (при наличии информации):	
	Юридический (почтовый) адрес:	
	Фактический адрес:	
Регистрационный/идентификационный номер:		

3. Номер контракта и поставляемые товары/услуги	Номер контракта и дата заключения:	№	Дата:
	Поставляемые товары/услуги:		
	Код ТН ВЭД товара:		
	Общая сумма по контракту:		
	Валюта контракта:		
	Запрашиваемый лимит страхования:		
	Валюта лимита		
	Страна поставки:		
	Предоплата по условиям договора составляет (%):		
	Отсрочка по условиям договора составляет (%):		
	Отсрочка с момента:		
	Количество дней:		
	Вид дней:		
	Условия поставки:		

	Страхование запрашивается для защиты от	
--	---	--

4. Происхождение товаров/услуг являющихся составной частью экспортной транзакции.	Товары/услуги произведены				
	Информация о товаре				
		Страна	Компания (Поставщик)	Закупочная стоимость, тг	
	Аффилированность сторон				
	Покупатель для нас является новым клиентом				
	Дата начала сотрудничества (месяц)				
	Дата начала сотрудничества (год)				
	Объем продаж данному покупателю за последние 3 года				
		Сумма	Валюта	Год	У
Оценки покупателя					

5. История поставок	Данные за последние 5 поставок при наличии истории:	Дата поставки	Сумма отгрузки/поставки	Валюта	Дата оплаты по договору
	Обязательства покупателя по контракту:				
	Сумма (текущие обязательства):				
	Валюта (текущие обязательства):				

	Сумма (просроченные обязательства):	
	Валюта (просроченные обязательства):	
	Дата причитающегося платежа (текущие обязательства):	
	Дата причитающегося платежа (просроченные обязательства):	
	Сведения о гаранте/поручителе и финансовом положении покупателя (если имеется):	
	Дополнительная информация:	
	Каким образом Вами был найден Импортер?:	

6. Согласие заявителя/страхователя	Согласие заявителя/страхователя на раскрытие информации, составляющую тайну страхования:	Подписывая настоящее Заявление Заявитель/Страхователь подтверждает свое согласие Страховщику на раскрытие следующей информации на корпоративном Интернет-ресурсе Страховщика www.kazakhstanexport.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»
	Согласие на раскрытие иной 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
	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 Омбудсмена 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/Страхователя.
		Принимаю обязательства против коррупции

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.)

дата: