

Страховщик

Форма 2 РН 2РП

Закрытое акционерное



страховое общество «TASK»

220068 г. Минск, ул. Червякова, 46

УНП 100003006, т. 290-10-45

СТРАХОВОЙ ПОЛИС

Договор страхования, заключаемый с физическим лицом (форма 2РН), юридическим лицом и индивидуальным предпринимателем (форма 2РП) по страхованию иному, чем страхование жизни

Серия TC № 0514379

Страхователь

ООО «Юридическое агентство «КлеверКонсалт» УНП 192456953

220062, г. Минск, пр. Победителей, 117, помещение 42, кабинет 9, тел. + 375 29 399 20 40

Фамилия, имя, отчество Страхователя - физического лица и индивидуального предпринимателя, наименование Страхователя - юридического лица / УНП, адрес, паспортные данные Страхователя - физического лица и индивидуального предпринимателя, местонахождение Страхователя - юридического лица / УНП

на условиях Правил добровольного страхования ГО за причинение вреда в связи с осуществлением профессиональной деятельности с изменениями и дополнениями, действующими на дату заключения договора страхования, которые принимаются в дополнение к настоящему договору страхования, согласованных Министерством финансов Республики Беларусь от 22.01.2004 № 21, в соответствии с лицензией на осуществление страховой деятельности № 02200/13-00007 от 22.01.2004 на основании заявления от 17 октября 2019 заключили договор страхования о нижеследующем:

Объект страхования

Объектом страхования являются не противоречащие законодательству имущественные интересы Страхователя, связанные с ответственностью по обязательствам, возникшим в случае причинения Страхователем (его работниками), иными ответственными лицами вреда жизни, здоровью и (или) имуществу (имущественным правам) потерпевшего (Выгодоприобретателя) в результате ошибок и упущений Страхователя (его работников) или иных ответственных лиц при осуществлении профессиональной деятельности, вызванных недостаточной внимательностью, осмотрительностью или недостаточной опытностью

Застрахованное лицо

Выгодоприобретатель

Договор страхования заключается в пользу лиц, которым может быть причинен вред.

Лицо, чья ответственность застрахована

ООО «Юридическое агентство «КлеверКонсалт»

Территория действия договора страхования

Республика Беларусь, иные страны

Место страхования имущества

Срок действия договора страхования

1 год

с 23 октября 2019

по 22 октября 2020

Перестраховым случаем является Факт причинения Страхователем (лицом, чья ответственность застрахована) в результате осуществления деятельности юриста вреда имуществу (имущественным правам) заказчика при оказании юридической помощи, предусмотренной договором на оказание юридических услуг, вследствие профессиональной небрежности:

- при осуществлении представительства интересов заказчика в хозяйственных и арбитражных судах;

Имущество, принимаемое на страхование: - выдача письменных рекомендаций по вопросам, связанным с созданием, деятельностью и прекращением деятельности юридических лиц, предпринимательской деятельностью физических лиц;

подготовки документов и проведения экспертизы документов, оказания иной правовой помощи, предусмотренной действующим законодательством Республики Беларусь, согласно Приложению №4 к Правилам.

Вариант (условия, программа, система) страхования

Действительная (страховая) стоимость имущества, принимаемого на страхование

10 000 BYN (Десять тысяч белорусских рублей)

Страховая сумма / Лимит ответственности по договору страхования

(сумма цифрами, валюта страхования)

Франшиза

Без франшизы

Срок ожидания

Страховой взнос (премия) по договору страхования

56,00 BYN (Пятьдесят шесть белорусских рублей 00 копеек)

Без НДС

При заключении договора страхования страховой взнос (премия) уплачен

ООО «Юридическое агентство «КлеверКонсалт»

в сумме

56,00 BYN (Пятьдесят шесть белорусских рублей 00 копеек)

Порядок уплаты страхового взноса (премии):

наличными

безналичными

безнал., п/п № 230 от 17.10.2019

(дата оплаты, вид и номер платежного документа)

Сроки уплаты страхового взноса (премии)

Единовременно

(дата уплаты страховых взносов)

Договор страхования вступает в силу с

23 октября 2019

г.

Иные условия договора страхования

Наличие аналогичного договора, заключенного в других страховых организациях **Нет** (да, нет)

Дата заключения договора страхования

С условиями страхования на лицевой и оборотной стороне настоящего полиса ознакомлен и согласен. Правила страхования получил. **Да**

18.10.2019

Подпись Страхователя

М. П.

Подпись Страховщика