

Представительство БЕЛГОССТРАХА
по Партизанскому району г. Минска
220037 г. Минск, ул. Долгобродская, 18/1-1, 18/1-2
р/с ВУЗ ВЛБВ 3300000122726021001
ЦБУ № 507 г. Минск ул. Партизанская, 18
ул. Могилевская, 5. БИК ВЛБВВ 3300
УНП 100122726 ОКПО 000367885004
тел. (8 017) 227-72-60 факс (8 017) 227-72-71

СТРАХОВОЙ ПОЛИС

Серия БР № 0002851

Форма 2РП

Обязательное страхование ответственности коммерческих организаций, осуществляющих ризлтерскую деятельность, за причинение вреда в связи с ее осуществлением

Страховщик БЕЛОРУССКОЕ РЕСПУБЛИКАНСКОЕ УНИТАРНОЕ СТРАХОВОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ «БЕЛГОССТРАХ»
т. 245-76-71 220036, г. Минск, ул. К. Либкнехта, 70
(наименование, место нахождения страховой организации, телефон (факс))
Представительство Белгосстраха по Партизанскому району г. Минска
ул. Долгобродская, 18/1-1, 18/1-2, УНП 100122726, ОКПО 00036728, лицензия № 02200/1300001 от 10.12.03 г.
(учетный номер плательщика, дата и номер специального разрешения (лицензии) на право осуществления страховой деятельности)

Страхователь Общество с ограниченной ответственностью "Адреса новоселов"
(наименование, место нахождения коммерческой организации)
г. Минск, ул. Пугачевская, д. 1, комн. 81, р/с ВУ83АЛФА30122013250060270000 в ЗАО "Альфа-Банк", БИК АЛФАВУ2Х, УНП 100915727
(осуществляющей ризлтерскую деятельность, текущий (расчетный) банковский счет, учетный номер плательщика)

на основании заявления от 14.09.2018, 29.12.2018 г., в соответствии с Положением о страховой деятельности в Республике Беларусь, утвержденным Указом Президента Республики Беларусь от 25 августа 2006 г. № 530 «О страховой деятельности» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2006 г., № 143, 1/7866; Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 19.04.2014, 1/14942), заключили договор обязательного страхования ответственности коммерческих организаций, осуществляющих ризлтерскую деятельность, за причинение вреда в связи с ее осуществлением (далее – договор обязательного страхования) на следующих условиях.

Объектом обязательного страхования ответственности являются имущественные интересы коммерческих организаций, осуществляющих ризлтерскую деятельность, связанные с причинением вреда потребителю в связи с осуществлением ризлтерской деятельности (неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору на оказание ризлтерских услуг).

Страховым случаем является неисполнение или ненадлежащее исполнение страхователем обязательств по договору на оказание ризлтерских услуг, повлекшее причинение вреда потребителю.

Страховая сумма 255 000,00 BYN (Двести пятьдесят пять тысяч белорусских рублей 00 коп.)
(сумма цифрами и прописью, белорусских рублей)

Срок действия договора обязательного страхования 1 год:
с 18 сентября 2018 г. по 17 сентября 2019 г.
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

Договор обязательного страхования вступает в силу со дня, следующего за днем уплаты страхователем страхового взноса. Днем уплаты страхователем страхового взноса является день поступления денежных средств на текущий (расчетный) банковский счет страховщика.

Подлежит уплате страховой взнос в сумме 4 408,32 BYN (Четыре тысячи четыреста восемь белорусских рублей 32 коп.)
(сумма цифрами и прописью, белорусских рублей)

При заключении договора страхования страховой взнос уплачен Единовременно
(указать кем)

Общество с ограниченной ответственностью "Адреса новоселов"

в сумме 4 408,32 BYN (Четыре тысячи четыреста восемь белорусских рублей 32 коп.)
(сумма цифрами и прописью, белорусских рублей)

Дата уплаты страхового взноса 14.09.2018, 08.01.2019 платежный документ п/п № 685, № 1678
(вид и номер платежного документа)

Иные условия договора обязательного страхования:
Переоформлен страховой полис БР 0002770 от 14.09.2018, в связи с увеличением страховой суммы.
Изменение условий по договору вступает в силу 09.01.2019.

Договор обязательного страхования заключен 08 января 2019 г.

С условиями обязательного страхования ответственности коммерческих организаций, осуществляющих ризлтерскую деятельность, за причинение вреда в связи с ее осуществлением ознакомлен.

Страховщик Ведущий специалист
(должность, подпись)
Т.И. Веелко
(инициалы, фамилия)

Страхователь Директор
(должность, подпись)
С.Г. Лихацкий
(инициалы, фамилия)

Доверенность №12-02-15/707 от 28.08.2017
(документ, подтверждающий)

Устав
(документ, подтверждающий)

полномочия представителя

полномочия представителя

страховщика, вид, номер,

страхователя, вид, номер,

дата, кем выдан)

дата, кем выдан)

