

Заявление на предоставление ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СЕРВИСОВ	.ипб банк основан в 1973 году	www.ipb.ru +7(495) 411-00-00	Вклады застрахованы 
--	---	---	--

Внимание! Пожалуйста, заполните Заявление печатными буквами, четким разборчивым почерком.

Я, _____

☐ ПРОШУ ВЫДАТЬ МНЕ СТРАХОВОЙ ПОЛИС НА ОДНУ ПОЕЗДКУ				
Территорию страхования	☐ Шенген ☐ Все страны, кроме США, Канады, Карибов, Мексики, Австралии, Новой Зеландии ☐ Весь мир			
Даты поездки	С «___» _____ 20__ г.	По «___» _____ 20__ г.	Количество дней поездки	«___» _____ г.
ИМЯ И ФАМИЛИЯ (Застрахованного лица латинскими буквами)	ДАТА РОЖДЕНИЯ (Застрахованного лица)		«___» _____ г.	
Номер контактного телефона Страхователя	Адрес электронной почты (E-mail) Страхователя			
Страховая компания		СПАО «Ингосстрах»		

Заполняется Держателем основной карты

☐ ПРОШУ ВЫДАТЬ МНЕ СТРАХОВОЙ ПОЛИС К БАНКОВСКОЙ КАРТЕ НА МНОГОКРАТНЫЕ ПОЕЗДКИ В ТЕЧЕНИЕ 1-ГО ГОДА

Номер моей банковской карты

Номер дополнительной карты:

ФИО держателя дополнительной карты:

Страховая компания

☐ АО «МАКС»☐ СПАО «Ингосстрах»

ВОЗМЕЩЕНИЕ СТОИМОСТИ СТРАХОВОГО ПОЛИСА:

[illegible]☐ Внесено мной наличными в кассу Банка.

С Тарифами и полисными условиями страхования ознакомлен и согласен.

С «Правилами открытия и обслуживания текущих счетов физических лиц для совершения расчетных операций, а также для осуществления расчетов с использованием банковских карт в «ИНТЕРПРОГРЕССБАНК» (Акционерное общество)» и Тарифами ознакомлен (-на) и согласен (-на). Поручаю Банку в случае возникновения перерасхода по счету, списывать задолженность, а также комиссии, пени, штрафы за перерасход, с других моих счетов в Банке либо предоставить кредит в виде овердрафта. Не возражаю против обработки моих персональных данных, содержащихся в заявлении, а также в иных документах, предоставленных мной в «ИНТЕРПРОГРЕССБАНК» (Акционерное общество), а также предоставляю право на передачу такой информации третьим лицам в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ. Подтверждаю, что денежные средства, иное имущество не являются доходом, полученным от преступной деятельности, в том числе от продажи оружия, боеприпасов, лекарственных средств и препаратов, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и т.д. Настоящим подтверждаю свое ознакомление и согласие с тем, что в случае моего отказа от полиса страхования, в течение срока действия полиса, ранее оплаченная страховая премия не возвращается.

подпись	Дата заполнения « ____ » _____ 20__ г.
---------	--

ЗАПОЛНЯЕТСЯ БАНКОМ:

Заявление принято	_____	_____	_____
	подпись	Дата	ФИО сотрудника Банка
Страховой полис/ выдан(-а)	_____	_____	_____
	подпись	Дата	ФИО сотрудника Банка