

«УТВЕРЖЕНО»

решением Правления

АКБ «Капиталбанк»

2024 года

(выписка из протокола № 44/24)

Председатель Правления банка

К.Л. Маевский



**ДОПОЛНЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ
В ПРАВИЛА КОМПЛЕКСНОГО БАНКОВСКОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ
В АКБ «КАПИТАЛБАНК»**

ТАШКЕНТ-2024

Внести следующие изменения (далее – «Изменения») в Правила комплексного банковского обслуживания физических лиц в Филиале розничного бизнеса «Капитал24» АКБ «Капиталбанк» (далее – «ДКБО»):

1. Форму заявления, указанного в Приложении №2 «Заявление на выпуск пластиковой карточки в национальной валюте» ДКБО, изложить в новой редакции, согласно приложению №1, к настоящим Изменениям.

2. Форму заявления, указанного в Приложении № 3 «Заявление на выпуск международной пластиковой карточки Visa» ДКБО, изложить в новой редакции, согласно приложению №2, к настоящим Изменениям.

3. Форму заявления, указанного в Приложении №4 «Заявление на выпуск международной пластиковой карточки Mastercard» ДКБО, изложить в новой редакции, согласно приложению №3, к настоящим Изменениям.

Внесено:

Директор департамента
розничного бизнеса



Ахметова А.А.

Согласовано:

Первый заместитель
Председателя Правления



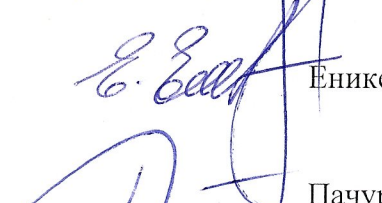
Исмаилов С.С.

Заместитель
Председателя Правления



Тян К.В.

Заместитель
Председателя Правления



Еникеева Е.А.

Директор департамента
юридической службы



Пачурин В.В.

Директор департамента
комплаенс контроля



Хасанов К.А.

Директор департамента кадровой
политики и работы с персоналом



Лындина О.С.

Главный бухгалтер



Хусаинов Б.Х.

Директор департамента
карточных продуктов и онлайн сервисов



Сатыбалдина А.А.

Директор департамента
по управлению рисками



Кан Т.В.



на открытие карточного счёта и выпуск пластиковой карты в национальной валюте

От: **ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО**

(Ф.И.О. физического лица законного представителя)



☐ НУМО ипотека

□ HUMO инстант

Имя и фамилия латинскими буквами как указано в документе, удостоверяющем личность (так будет выглядеть фамилия и имя на карточке):

ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ (физического лица/законного представителя):

Резидент

(укажите свое гражданство)

прописка:

(укажите полный адрес прописки (регистрации), как указано в Вашем документе)

Телефон: 998*****
(укажите мобильный телефон)

(укажите адрес электронной почты)

ДАННЫЕ ДОКУМЕНТА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ЛИЧНОСТЬ: (физического лица/законного представителя):

**Серия и номер, кем и когда
выдан:**

**СЛУЖЕБНЫЕ
ДАННЫЕ:**

Место
работы: _____
(пожалуйста, укажите печатными буквами наименование предприятия, в котором Вы работаете)

Адрес организации:

(укажите контактный телефон)

КОНТРОЛЬНОЕ СЛОВО:

Укажите контрольное слово, по которому работники *****
банка смогут идентифицировать Вас при телефонных
разговорах по вопросам обслуживания Вашей карточки:

КОНТРОЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Сообщаю образец моей подписи (подписи уполномоченного мною лица), которая является обязательной при совершении операций по моему счету.

[illegible]

В случае отсутствия остатка на счёте до востребования и операций по данному счёту в течение 12 месяцев, прошу Вас расторгнуть со мной договор банковского счёта в одностороннем порядке и закрыть счёт.

С условиями ДКБО, публичной офертой и тарифами за обслуживание счёта ознакомлен(а) и согласен(а). (веб-сайт www.kapitalbank.uz)

Достоверность содержащихся в настоящем Заявлении сведений подтверждаю.

Согласен(-на) с тем, что Банк:

- ☐ имеет право проверить содержащиеся в настоящем Заявлении сведения
- ☐ может использовать сведения, содержащиеся в настоящем Заявлении, для отправки рекламно-информационных материалов Банка
- ☐ оставляет за собой право отказать в выпуске банковской карты без объяснения причины.

Настоящим подтверждаю, что буду лично нести имущественную и иную ответственность за все действия ребенка (подопечного), совершенные с пластиковой картой, открытой Банком по настоящему Заявлению (в случае открытия пластиковой карты для пользования несовершеннолетним ребенком (подопечным)).

С Тарифами и Правилами использования карточек АКБ «Капиталбанк» ознакомлен(-а) и обязуюсь их выполнять.

Подпись Владелец
Карточки (счёта)

СЛУЖЕБНЫЕ ОТМЕТКИ БАНКА

Служебное действие/решение/отметки	ФИО сотрудника	Подпись
Заявление принял(а)	* Подпись отв.испол	
Согласовано	* Подпись Начальника ОРБ	



ЗАЯВЛЕНИЕ

на открытие карточного счёта и выпуск пластиковой карты в международной пластиковой карточке VISA

От: **ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО**

(Ф.И.О. для физического лица)

прошу выдать на мое имя международную пластиковую карту VISA

☐ Visa Classic ☐ Visa Gold ☐ Visa Platinum ☐ Visa Infinite

☐ Основная карточка Visa ☐ Дополнительная карточка Visa

Укажите фамилию и имя для нанесения на карточку (желательно как Ваше имя указано в паспорте)

ИМЯ для карточки

ФАМИЛИЯ для карточки

ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ

Дата рождения: _____ Гражданство: _____
 День/месяц/год Укажите свое гражданство

Адрес прописки: _____

Укажите полный адрес прописки, как указано в Вашем паспорте

Домашний телефон: _____ e-mail: _____
 Укажите домашний телефон Укажите адрес электронной почты

Укажите номер сотового телефона с префиксом

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ:

СЛУЖЕБНЫЕ ДАННЫЕ:

Место работы: _____
Пожалуйста, укажите печатными буквами наименование предприятия, в котором Вы работаете

Адрес организации: _____

Укажите юридический адрес предприятия, в котором Вы работаете

Должность: _____ Укажите свою должность

Служебный телефон: _____ Укажите контактный телефон

КОНТРОЛЬНОЕ СЛОВО:

Укажите контрольное слово, по которому работники банка смогут идентифицировать Вас при телефонных разговорах по вопросам обслуживания Вашей карточки: _____

КОНТРОЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Сообщаю образец моей подписи (подписи уполномоченного мною лица), которая является обязательной при совершении операций по моему счету.

Номер карточного счета:

В случае отсутствия остатка на счёте до востребования и операций по данному счёту в течение 12 месяцев, прошу Вас расторгнуть со мной договор банковского счёта в одностороннем порядке и закрыть счёт.

С условиями ДКБО и публичной оферты и тарифами за обслуживание счёта ознакомлен(-а) и согласен(-а). (веб-сайт www.kapitalbank.uz)
Достоверность содержащихся в настоящем Заявлении сведений подтверждаю.

Согласен(-на) с тем, что Банк:

- ☐ имеет право проверить содержащиеся в настоящем Заявлении сведения
- ☐ может использовать сведения, содержащиеся в настоящем Заявлении, для отправки рекламно-информационных материалов Банка
- ☐ оставляет за собой право отказать в выпуске банковской карты без объяснения причины.

С Тарифами Банка и Инструкцией по использованию карточек VISA АКБ «Капиталбанк» ознакомлен(-а), согласен(на) и обязуюсь их выполнять.

Подпись Владелец
Карточки (счёта)

Дата

СЛУЖЕБНЫЕ ОТМЕТКИ БАНКА

Служебное действие/решение/отметки	ФИО сотрудника	Подпись
Заявление принял(а)	* Подпись отв.испол	
Согласовано	* Подпись Начальника ОРБ	



ЗАЯВЛЕНИЕ

на открытие карточного счёта и выпуск пластиковой карты в международной пластиковой карточки MasterCard

От: **ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО**

(Ф.И.О. для физического лица)

прошу выдать на мое имя международную пластиковую карту MasterCard

☐ **MasterCard Standard**

☐ **MasterCard Gold**

☐ **Основная карточка МС**

☐ **Дополнительная карточка МС**

Укажите фамилию и имя для нанесения на карточку (желательно как Ваше имя указано в паспорте)

ИМЯ для карточки

ФАМИЛИЯ для карточки

ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ

Дата рождения: _____ Гражданство: _____
День/месяц/год Укажите свое гражданство

Адрес прописки: _____
Укажите полный адрес прописки, как указано в Вашем паспорте

Домашний телефон: _____ e-mail: _____
Укажите домашний телефон Укажите адрес электронной почты

Номер сотового телефона: _____
Укажите номер сотового телефона с префиксом

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ:

СЛУЖЕБНЫЕ ДАННЫЕ:

Место работы: _____
Пожалуйста, укажите печатными буквами наименование предприятия, в котором Вы работаете

Адрес организации: _____
Укажите юридический адрес предприятия, в котором Вы работаете

Должность: _____ Служебный телефон: _____
Укажите свою должность Укажите контактный телефон

КОНТРОЛЬНОЕ СЛОВО:

Укажите контрольное слово, по которому работники банка смогут идентифицировать Вас при телефонных разговорах по вопросам обслуживания Вашей карточки: _____

КОНТРОЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Сообщаю образец моей подписи (подписи уполномоченного мною лица), которая является обязательной при совершении операций по моему счёту.
Номер карточного счёта: _____

В случае отсутствия остатка на счёте до востребования и операций по данному счёту в течении 12 месяцев, прошу Вас расторгнуть со мной договор банковского счёта в одностороннем порядке и закрыть счёт.

С условиями ДКБО и публичной оферты и тарифами за обслуживание счёта ознакомлен(-а) и согласен(-а). (веб-сайт www.kapitalbank.uz)
Достоверность содержащихся в настоящем Заявлении сведений подтверждаю.

Согласен(-на) с тем, что Банк:

- ☐ имеет право проверить содержащиеся в настоящем Заявлении сведения
- ☐ может использовать сведения, содержащиеся в настоящем Заявлении, для отправки рекламно-информационных материалов Банка
- ☐ оставляет за собой право отказать в выпуске банковской карты без объяснения причины.

С Тарифами Банка и Инструкцией по использованию карточек MasterCard АКБ «Капиталбанк» ознакомлен(-а), согласен(на) и обязуюсь их выполнять.

Подпись Владелец
Карточки (счёта)

Дата

СЛУЖЕБНЫЕ ОТМЕТКИ БАНКА

Служебное действие/решение/отметки	ФИО сотрудника	Подпись
Заявление принял(а)	* Подпись отв.испол	
Согласовано	* Подпись Начальника ОРБ	