

АКБ «Капиталбанк»

2025 года

(выписка из протокола № _____)

К.Л. Маевский



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

Ташкент-2025

11378

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

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

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

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

4. Форму заявления, указанного в Приложении №11 «Заявление на открытие карточного счёта и выпуск премиальной карты Международной платежной системы» ДКБО, изложить в новой редакции, согласно приложению №4, к настоящим Изменениям.

Внесено:

Директор департамента
розничного бизнеса

Ахметова А.А.

Согласовано:

Первый заместитель
Председателя Правления

Исмаилов С.С.

Заместитель
Председателя Правления

Глушченко А.П.

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.

И.о. Главного бухгалтера

Ан А.К.

Директор департамента
по управлению рисками

Кан Т.В.

ЗАЯВЛЕНИЕ
на открытие карточного счёта и выпуск пластиковой карточки в национальной валюте
От: **ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО** _____

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

прошу открыть и выдать на мое имя карту в ☐ UZCARD DUO ☐ HUMO
национальной валюте
прошу открыть и выдать на имя моего ребенка ☐ UZCARD DUO KIDS ☐ HUMO KIDS
(подопечного) карту в национальной валюте

Сумовая
карточка:

NAME SURNAME

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):

Дата рождения: 01.01.1900 Гражданство: Резидент
(укажите свое гражданство)

прописка: АДРЕС _____
(укажите полный адрес прописки (регистрации), как указано в Вашем документе)

Телефон: 998***** e-mail: _____
(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 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 течение 12 месяцев, прошу Вас расторгнуть со мной договор банковского счёта в одностороннем порядке и закрыть счёт.

Я ознакомлен(а) и несу персональную ответственность за соблюдение условий ДКБО, публичной оферты и тарифами за обслуживание счёта/карты, опубликованных на сайте www.kapitalbank.uz, а так же за последствия возможной потери или порчи данных, включая другие последствия любого характера, которые могут произойти, в том числе за:

1. передачу третьим лицам номера карты, срока действия карты, CVV/CVC-код, одноразовых СМС-кодов и пароля от мобильного приложения;
2. разглашение вышеуказанных данных, которые в свою очередь могут привести к утрате денежных средств с моих банковских счетов.

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 Владельца
Карточки (счёта)

Дата

СЛУЖЕБНЫЕ ОТМЕТКИ БАНКА

Служебное действие/решение/отметки	ФИО сотрудника	Подпись
Заявление принял(а)	* Подпись ответственного исполнителя	
Согласовано	* Подпись Начальника ОРБ	

ЗАЯВЛЕНИЕ

на открытие карточного счёта и выпуск пластиковой карты в международной платёжной системе VISA

От: **ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО** _____

(Ф.И.О. для физического лица)

прошу открыть и выдать на мое имя международную пластиковую карту VISA

прошу открыть и выдать на имя моего ребенка (подопечного) международную пластиковую карту VISA

☐ Visa Classic ☐ Visa Classic Kids ☐ Visa Gold USD ☐ Visa Gold UZS ☐ Visa Platinum ☐ Visa Infinite

☐ Основная карточка Visa ☐ Дополнительная карточка Visa

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

ИМЯ для карточки

ФАМИЛИЯ для карточки

ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ

Дата рождения: _____

 День/месяц/год

Гражданство: _____

 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

ДАнные ДОКУМЕНТА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ЛИЧНОСТЬ:

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:

[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.

Я ознакомлен(а) и несу персональную ответственность за соблюдение условий ДКБО, публичной оферты и тарифами за обслуживание счёта/карты, опубликованных на сайте www.kapitalbank.uz, а так же за последствия возможной потери или порчи данных, включая другие последствия любого характера, которые могут произойти, в том числе за:

1. передачу третьим лицам номера карты, срока действия карты, CVC/CVC-код, одноразовых СМС-кодов и пароля от мобильного приложения;
2. разглашение вышеуказанных данных, которые в свою очередь могут привести к утрате денежных средств с моих банковских счетов.

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 Владельца Карточки (счёта) _____ Дата _____

СЛУЖЕБНЫЕ ОТМЕТКИ БАНКА

Служебное действие/решение/отметки	ФИО сотрудника	Подпись
Заявление принял(а)	* Подпись ответственного исполнителя	
Согласовано	* Подпись Начальника ОРБ	

Служебное действие/решение/отметки	ФИО сотрудника	Подпись
Заявление принял(а)	* Подпись ответственного исполнителя	
Согласовано	* Подпись Начальника ОРБ	

ЗАЯВЛЕНИЕ
на открытие карточного счёта и выпуск премиальной карты в Международной платёжной системы:

От: **ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО** _____
(Ф.И.О. для физического лица)

прошу открыть и выдать на мое имя международную пластиковую карту

Пакет услуг «Kapital Premium»:

- ☐ Visa Infinite Veneer
☐ Visa Infinite Metal Edge

Пакет услуг «Kapital Privilege»:

- ☐ Visa Infinite Metal Edge
☐ MasterCard World Black Edition

- ☐ MasterCard World Elite Metal Edge
☐ MasterCard World Black Edition

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

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

ДАННЫЕ ДОКУМЕНТА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ЛИЧНОСТЬ:

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.

Я ознакомлен(а) и несу персональную ответственность за соблюдение условий ДКБО, публичной оферты и тарифами за обслуживание счёта/карты, опубликованных на сайте www.kapitalbank.uz, а так же за последствия возможной потери или порчи данных, включая другие последствия любого характера, которые могут произойти, в том числе за:

1. передачу третьим лицам номера карты, срока действия карты, CVV/CVC-код, одноразовых СМС-кодов и пароля от мобильного приложения;
2. разглашение вышеуказанных данных, которые в свою очередь могут привести к утрате денежных средств с моих банковских счетов.

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 ответственного исполнителя	
Согласовано	* Подпись Начальника ОРБ	