ООО «СК «Р.ЛАЙФ»
121614, г. Москва, вн.тер.г. Муниципальный округ Крылатское, ул Крылатская, д. 17, к. 1
E-mail: info@rlife-ins.ru, тел. 8 800 505 71 19
Лицензии СЛ № 4179 и СЖ № 4179 от 11.08.2015 г., выданы Банком России

от Ф. И. О.

ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ

тип | *серия* | *номер* | / / г. *дата выдачи*

кем выдан, код подразделения

ГРАЖДАНСТВО | **ВТОРОЕ ГРАЖДАНСТВО**

☐ **РЕЗИДЕНТ РФ** ☐ **НЕРЕЗИДЕНТ РФ** **ИНН/TIN**

SSN | **ID**

КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН | **АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ**

Заявление

на рассмотрение возможности возобновления Договора страхования

В связи с переводом Договора страхования № _____ от / / г. далее – Договор страхования) в Оплаченный полис по причине несвоевременной уплаты очередных страховых взносов прошу Вас рассмотреть возможность возобновления Договора страхования на прежних условиях.

Данные, указанные мной в Заявлении на страхование № _____ от / / г., медицинской и финансовой анкетах, иных документах, являющихся частью Договора страхования и поданных/подписанных мною в связи с заключением и/или исполнением Договора страхования.

☐ Остались неизменными ☐ Изменились*

* при выборе данного ответа, заполните, пожалуйста, дополнительные документы в зависимости от типа произошедших изменений (Заявление на изменение данных, Заявление на изменение условий, Медицинскую анкету).

Прошу возобновить действие Договора страхования:

☐ На условиях, действовавших до момента перевода в Оплаченный полис, с уплатой полной суммы задолженности по уплате страховых взносов;

☐ С даты / / г., с изменением условий Договора страхования в части размера страховой суммы и страховых взносов, и возобновления оплаты страховых взносов с указанной даты.

Я понимаю и согласен с тем, что:
– уплата мною полностью или частично задолженности по уплате страховых взносов по Договору страхования не означает автоматического возобновления Договора страхования на условиях, действовавших до момента перевода в Оплаченный полис;
– порядок, условия и дата возобновления Договора страхования будут согласованы между мною и Страховщиком в соглашении о возобновлении Договора страхования в случае возобновления действия Договора страхования с изменением условий.

Ф. И. О. Страхователя, являющегося Застрахованным лицом | *подпись* | / / г. *дата*