



от Ф. И. О.

ДОКУМЕНТ,
УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ
ЛИЧНОСТЬ

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> г.
<i>тип</i>	<i>серия</i>	<i>номер</i>	<i>дата выдачи</i>

кем выдан, код подразделения

ГРАЖДАНСТВО

ВТОРОЕ
ГРАЖДАНСТВО

РЕЗИДЕНТ РФ НЕРЕЗИДЕНТ РФ ИНН/TIN

SSN

ID

КОНТАКТНЫЙ
ТЕЛЕФОН

АДРЕС
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

Заявление

на рассмотрение возможности восстановления Договора страхования

В связи с расторжением договора страхования № от / / г. (далее – Договор страхования) по инициативе Страховщика по причине несвоевременной уплаты очередных взносов прошу Вас рассмотреть возможность восстановления 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, медицинскую анкету, если с момента расторжения прошло более 90 дней.

** При выборе данного ответа, заполните, пожалуйста, дополнительные документы в зависимости от типа произошедших изменений (заявление на изменение данных, заявление на изменение условий), а также медицинскую анкету, если с момента расторжения прошло более 90 дней.

Я понимаю и согласен с тем, что:

– уплата мною полностью или частично задолженности по уплате страховых взносов по Договору страхования не означает автоматического восстановления Договора страхования;

– порядок, условия и дата восстановления Договора страхования будут согласованы между мною и Страховщиком в соглашении о восстановлении Договора страхования.

Ф. И. О. Страхователя

подпись

дата

