





от Ф. И. О.

ДОКУМЕНТ,  
УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ  
ЛИЧНОСТЬ

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

*кем выдан, код подразделения*

ГРАЖДАНСТВО

<input type="text"/>	<b>ВТОРОЕ ГРАЖДАНСТВО</b>	<input type="text"/>
----------------------	-------------------------------	----------------------

РЕЗИДЕНТ РФ  НЕРЕЗИДЕНТ РФ **ИНН/ТИН**

**SSN**  **ID**

КОНТАКТНЫЙ  
ТЕЛЕФОН

<input type="text"/>	<b>АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ</b>	<input type="text"/>
----------------------	------------------------------------	----------------------

## Заявление

### о согласии восстановления Договора страхования

Я согласен с восстановлением Договора страхования на условиях, действовавших до расторжения Договора страхования.

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. Застрахованного лица

подпись

дата