



Заявление на восстановление полиса

№ Договора страхования _____

ВНИМАНИЕ! Заполняется **Застрахованным** и **Страхователем** (Все поля **обязательны** для заполнения).

	<i>Ответы Застрахованного</i>	<i>Ответы Страхователя</i>
1. А. ФИО полностью Б. Дата рождения В. Место рождения	1.	1.
2. А. Должность, род занятий (служебные обязанности) Б. Имя и адрес работодателя В. Сфера деятельности работодателя	2.	2.
3. Имеете ли или будете иметь отношение к: А. Службе в Вооруженных Силах? Б. Авиации. В. Деятельности, связанной с повышенной опасностью?	3.	3.
4. А. Делали ли Вы или собираетесь сделать другое Заявление на страхование от несчастных случаев и болезней? Б. Подавали ли заявление, официально или неофициально, о новом страховании, об изменении вида страхования или восстановлении, которое было отвергнуто, отложено, отменено или изменено в связи с видом, суммой или страховым взносом, после даты вашего заявления о вышеуказанном договоре? (если да, укажите компанию, дату и причину отказа). В. Есть ли у Вас другой действующий страховой договор? (Включите страхование от несчастного случая и страхование, имеющее отношение к вашей работе, если такое имеется).	4.	4.
5. После даты подачи заявления о вышеуказанном Договоре: А. Болели ли вы или получали травмы? (укажите дату и подробности) Б. Обращались ли к врачу или лечились в связи с болезнью, или вашим телесным или психическим состоянием? (укажите дату и подробности) В. Были ли госпитализированы? Находились ли на лечении в санатории? (укажите дату и подробности) Г. Произошла ли в Вашей семье смерть отца, матери, брата, сестры или супруга? (если да, укажите родство, причину смерти и возраст умершего).	5.	5.

6.	А. Согласно вашим знаниям и мнению оцениваете ли Вы состояние своего здоровья как хорошее? Б. Намерены ли вы посоветоваться с врачом или сдать медицинские анализы?	6.	6.
7.	Вопросы, связанные со СПИДом: А. Обращались ли Вы к врачу или подвергались ли лечению в связи со СПИДом или с состоянием здоровья, имеющем возможное отношение к СПИДу или к болезни, передающейся половым способом? Говорили ли Вам, что Вы – носитель вируса СПИДа? Б. Наблюдали ли Вы у себя симптомы, причина которых не объяснима? Понос, увеличенные лимфоузлы или пятна на коже, слабость, резкая потеря веса?	7.	7.
8.	Ежедневное потребление табака?	8.	8.
9.	Рост?	9.	9.
10.	Вес?	10.	10.
11.	(Только для женщин) беременны ли Вы?	11.	11.
12.	Как часто вы выезжаете за рубеж (назовите страну и частоту поездок)?	12.	12.
13.	Контактная информация: А. Телефон В. Адрес электронной почты С. Адрес высылки корреспонденции	13.	13.

Настоящим Заявлением признаю от своего имени и от имени любого лица, имеющего или предъявляющего право на Договор, номер которого указан выше, что (1) все мои ответы полные и искренние (2) принимаются за основу для восстановления Договора страхования, заключенного на основании моего письменного Заявления.

Я подтверждаю, что настоящее Заявление при его одобрении (выпуска Спецификации Полиса Компанией) является одновременно Соглашением между мной и Компанией о восстановлении Договора страхования, который не действовал по причине просрочки в уплате очередного страхового взноса (очередных страховых взносов).

Я понимаю, что под восстановлением Договора страхования понимается возобновление срока его действия. Я понимаю, что действие восстановленного Договора страхования вступит в силу после оценки Страховщиком рисков по данному заявлению в соответствии с его андеррайтерской политикой и в любом случае не ранее даты подписания данного Заявления.

Подтверждаю, что не буду предъявлять к Страховщику притязаний на выплату мне страхового обеспечения по любому несчастному случаю, произошедшему со мной в период, когда Договор страхования не действовал по причине просрочки в уплате очередного страхового взноса (очередных страховых взносов).

Признаю, что в случае восстановления действия Договора или внесения изменений, связанных с увеличением риска, Договор будет являться оспоримым. Признаю, что Договор считается неоспоримым, если будут внесены страховые взносы и он останется в силе (при условии, что Застрахованный жив) в течение двух лет после этого Заявления.

Заявляю, что сведения о состоянии моего здоровья, имеющиеся в прежних договорах, действующих на настоящий момент или нет, и явившиеся причиной а) отказа, б) надбавки на страховой взнос, в) исключения, г) изменений в покрытии, д) компенсаций, действительны и связывают меня обязательствами перед Компанией, но не связывают обязательствами Компанию, если они не включены в настоящее Заявление.

Настоящее заявление сделано с полной ответственностью за ответы, содержащиеся в нем.

Дата _____

Подпись Застрахованного Лица _____
(или законного представителя)

Подпись Страхователя _____

Подпись Финансового Консультанта _____