

**ЗАЯВЛЕНИЕ
на восстановление**

Договора страхования № от г.

Я, _____ (ФИО) прошу восстановить Договор страхования,
дата¹ первого неоплаченного взноса

Сведения о Страхователе /Заявителе:

| | | | |
|---|---|--|--|
| Фамилия | <input type="text"/> | Имя | <input type="text"/> |
| Отчество | <input type="text"/> | Дата рождения | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Место рождения | <input type="text"/> | | |
| Гражданство | <input type="text"/> | Документ, удостоверяющий личность | Паспорт <input type="text"/> серия <input type="text"/> № <input type="text"/> |
| Дата выдачи | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Дата окончания срока действия (если имеется) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Выдан | <input type="text"/> | | |
| ИНН | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | СНИЛС | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Адрес места жительства (регистрации) | <input type="text"/> | | |
| Адрес проживания (если отличается от регистрации) | <input type="text"/> | | |
| Номер моб. телефона | +7 <input type="text"/> | E-mail | <input type="text"/> |
| Место работы | <input type="text"/> | Профессия, должность | <input type="text"/> |
| Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ: | Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ <input type="text"/> | | |
| | Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия) <input type="text"/> | | |
| Являюсь налоговым резидентом США* | нет <input type="checkbox"/> | да <input type="checkbox"/> | если ДА необходимо заполнить анкету* |
| Являюсь налоговым резидентом иного иностранного государства (территории) | нет <input type="checkbox"/> | да <input type="checkbox"/> | если ДА – указать каких государств и идентификационный номер налогоплательщика (TIN) для Каждого государства (территории) |
| | Государство/ИНН (TIN) | <input type="text"/> | |
| Являюсь иностранным, российским публичным должностным лицом, должностным лицом публичной международной организации, супругом (супругой) или близким родственником указанного лица** | нет <input type="checkbox"/> | да <input type="checkbox"/> | |
| * К налоговым резидентам США относятся: граждане США, лица, имеющие вид на жительство в США (карточка постоянного жителя США по форме I-551 «Green Card»), лица, соответствующие критериям долгосрочного пребывания на территории США, иные лица в соответствии с законодательством США. Критерии принадлежности к указанной категории лиц, а также форма дополнительной анкеты, которую необходимо заполнить в случае положительного ответа на данный вопрос, содержатся на сайте www.renlife.ru | | | |
| ** Критерии принадлежности к указанной категории лиц, а также форма дополнительной анкеты, которую необходимо заполнить в случае положительного ответа на данный вопрос, содержатся на сайте www.renlife.ru | | | |

¹ Восстановление Договора страхования возможно в случае, если с даты первого неоплаченного страхового взноса прошло не более 2х лет.

Сведения о Застрахованном (заполняется в случае если Застрахованный и Страхователь разные лица):

| | | | |
|---|--|--|--|
| Фамилия | <input type="text"/> | Имя | <input type="text"/> |
| Отчество | <input type="text"/> | Дата рождения | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Место рождения | <input type="text"/> | | |
| Гражданство | <input type="text"/> | Документ, удостоверяющий личность | Паспорт <input type="text"/> серия <input type="text"/> № <input type="text"/> |
| Дата выдачи | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Дата окончания срока действия (если имеется) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Выдан | <input type="text"/> | | |
| ИНН | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | СНИЛС | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Адрес места жительства (регистрации) | <input type="text"/> | | |
| Адрес проживания (если отличается от регистрации) | <input type="text"/> | | |
| Номер моб. телефона | <input type="text"/> | E-mail | <input type="text"/> |
| Место работы | <input type="text"/> | Профессия, должность | <input type="text"/> |
| Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ: | <input type="text"/> | | |
| | Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в РФ | | |
| | Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия) | | |
| Являюсь налоговым резидентом США* | нет <input type="checkbox"/> | да <input type="checkbox"/> | если ДА необходимо заполнить анкету* |
| Являюсь налоговым резидентом иного иностранного государства (территории) | нет <input type="checkbox"/> | да <input type="checkbox"/> | если ДА – указать каких государств и идентификационный номер налогоплательщика (TIN) для каждого государства (территории) |
| | Государство/ИНН (TIN) <input type="text"/> | | |
| Являюсь иностранным, российским публичным должностным лицом, должностным лицом публичной международной организации, супругом (супругой) или близким родственником указанного лица** | нет <input type="checkbox"/> | да <input type="checkbox"/> | |

* К налоговым резидентам США относятся: граждане США, лица, имеющие вид на жительство в США (карточка постоянного жителя США по форме I-551 «Green Card»), лица, соответствующие критериям долгосрочного пребывания на территории США, иные лица в соответствии с законодательством США. Критерии принадлежности к указанной категории лиц, а также форма дополнительной анкеты, которую необходимо заполнить в случае положительного ответа на данный вопрос, содержатся на сайте www.renlife.ru

** Критерии принадлежности к указанной категории лиц, а также форма дополнительной анкеты, которую необходимо заполнить в случае положительного ответа на данный вопрос, содержатся на сайте www.renlife.ru

1. Анкета Застрахованного

В случае положительного ответа «да» (кроме ответа на вопрос 15) заполните п.1.1. «Подробные сведения».

| № | Вопросы | Ответы Застрахованного | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| | | ДА | НЕТ |
| 1 | Изменялся ли Ваш вес более чем на 3 кг за последний год? (Если «Да», то укажите, увеличился он или уменьшился, на сколько и причины). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Курите ли Вы? Укажите число _____ сигарет/сигар/трубок / электронных сигарет (нужное подчеркнуть) в день на протяжении _____ лет. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Употребляете ли Вы алкоголь? Укажите вид и крепость алкоголя _____ и количество _____ литров за неделю. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Подавали ли Вы уже заявление на страхование жизни, страхование от несчастных случаев, и болезней, на случай утраты трудоспособности (инвалидности), первичного диагностирования смертельно-опасных заболеваний, которое было отклонено, отложено или принято на особых условиях? (Если «Да», укажите, когда, какой страховой Компанией и по какой причине). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Связана ли Ваша работа с повышенным риском (например: ионизирующим облучением, работа с химическими и взрывчатыми веществами, источниками повышенной опасности, подъемом и перемещением тяжестей, работа на высоте, под землей, под водой, на нефтяных и газовых платформах, с оружием, в правоохранительных органах, инкассации, испытаниях и др.)? (Если «Да», укажите подробности). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Планируете ли Вы покинуть РФ более чем на 1 месяц в течение последующих 12 месяцев с момента подписания заявления? (Если «Да», укажите в какую страну, продолжительность и с какой целью?). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Занимаетесь ли Вы спортом на любительском или профессиональном уровне? (Если «Да», укажите вид спорта, место и частота проведения тренировок, наличие травм и т.д.). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Болели ли Вы или получали травмы? (Если «Да», укажите дату и подробности). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Обращались ли Вы к врачу или лечились в связи с болезнью или Вашим телесным или психическим состоянием? (Если «Да», укажите дату и подробности). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| 10 | Были ли Вы госпитализированы или находились ли на лечении? (Если «Да» укажите дату и подробности). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Произошла ли в Вашей семье смерть отца, матери, брата, сестры или супруга? (Если «Да», укажите степень родства, причину смерти и возраст умершего). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Оцениваете ли Вы состояние своего здоровья как хорошее? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Намерены ли Вы обратиться к врачу или сдать медицинские анализы? (Если «Да», укажите к какому врачу и/или какие медицинские анализы планируете сдавать). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Обращались ли Вы к врачу или подвергались ли лечению в связи со СПИДом или с состоянием здоровья, имеющим возможное отношение к СПИДу или к болезни, передающейся половым способом? (Если «Да» укажите дату и подробности). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Вопрос для женщин: Беременны ли Вы? (если «Да», укажите срок и есть ли осложнения). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.1. ПОДРОБНЫЕ СВЕДЕНИЯ

| № вопроса | Заболевание | Дата диагностирования | Дата выздоровления | Продолжительность | Осложнения | Результат |
|-----------|-------------|-----------------------|--------------------|-------------------|------------|-----------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Настоящим Заявлением подтверждаю полноту и достоверность сведений, указанных мной в анкете. Согласен с тем, что в случае, если я сообщил недостоверные сведения и/или скрыл от Страховщика какие-либо сведения о состоянии моего здоровья и/или диагнозы, установленные мне, то все заявленные мной впоследствии события, имеющие признаки страховых случаев, не будут признаны страховыми и Страховщик не будет производить выплаты по таким событиям.

К заявлению прилагаю:

- Копия паспорта Страхователя (вторая, третья, девятнадцатая страница (сведения о ранее выданных паспортах) и страницы с адресом регистрации);
- Копия паспорта Застрахованного (вторая, третья, девятнадцатая страница (сведения о ранее выданных паспортах) и страницы с адресом регистрации);
- Копия платежного банковского документа об оплате страхового взноса с отметкой банка об исполнении (при этом дата оплаты должна быть не позднее 15 дней с момента формирования предложения).
- _____

Страхователь:

(подпись)

(ФИО Страхователя)

(Дата заявления)

Застрахованный:

(подпись)

(ФИО Застрахованного)

(Дата заявления)

Служебные отметки:

Вх.№ _____ - _____ / _____ от _____ .20_____ г.

Заявка № _____

ФИО Сотрудника: _____

Должность: _____

Подпись: _____