

**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 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"/>	СНИЛС	<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"/>

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"/>
Место рождения	<input type="text"/>		
Гражданство	<input type="text"/>	Документ, удостоверяющий личность	Паспорт 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"/>	СНИЛС	<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"/>

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Курите ли Вы? Укажите число _____ сигарет/сигар/трубок (нужное подчеркнуть) в день на протяжении _____ лет.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

3	Увеличилось ли кол-во употребления сигарет/сигар/трубок в день с момента начала действия указанного выше полиса?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Употребляете ли Вы алкоголь? Укажите вид и крепость алкоголя _____ и количество _____ литров за неделю.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Увеличился ли объем потребляемого алкоголя с момента начала действия указанного выше полиса?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Получали ли Вы врачебные рекомендации о снижении или отмене потребления табака и алкоголя в связи с состоянием здоровья?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	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"/>
8	Была ли смена Вашей должности, рода/сферы деятельности с момента начала действия указанного выше полиса?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	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.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Планируете ли Вы покинуть РФ более чем на 1 месяц в течение последующих 12 месяцев с момента подписания заявления? В какую страну и с какой целью?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Болели ли Вы или получали травмы с момента начала действия указанного выше полиса? (укажите дату и подробности)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Обращались ли Вы к врачу или лечились в связи с болезнью или Вашим телесным или психическим состоянием с момента начала действия указанного выше полиса? (укажите дату и подробности)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Были ли Вы госпитализированы или находились ли на лечении с момента начала действия указанного выше полиса? (укажите дату и подробности)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Произошла ли в Вашей семье смерть отца, матери, брата, сестры или супруга? (если да, укажите родство, причину смерти и возраст умершего).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Оцениваете ли Вы состояние своего здоровья как хорошее?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Намерены ли Вы обратиться к врачу или сдать медицинские анализы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Беременны ли Вы (вопрос для женщин)	<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 квитанции А-7, выписанная в течение 14 дней после формирования предложения (при оплате задолженности и взноса за восстановление договора Страхователем наличными денежными средствами)
- 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: _____