

| | | | | | |
|--------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| от Страхователя (Ф.И.О.) | <input type="text"/> | | | | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | дата рождения | | место рождения | | |
| | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | |
| | ИНН | | СНИЛС | | |
| гражданство (указать все) | <input type="text"/> | | | | |
| документ, удостоверяющий личность | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | наименование | серия | номер | дата выдачи | код подразделения |
| кем выдан | <input type="text"/> | | | | |
| адрес регистрации | <input type="text"/> | | | | |
| фактический адрес проживания | <input type="text"/> | | | | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| | 8 – | мобильный телефон | | e-mail | |
| доверенность, если представитель | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | номер доверенности | | дата выдачи | | |

Заявление на восстановление 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 при заключении 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.

| | | |
|--------------------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ф.И.О. Заявителя/Представителя | подпись | дата |

Заполняется сотрудником / Представителем ООО СК «Согласие-Вита»:

| | | |
|---------------------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ф.И.О. Сотрудника/Представителя | подпись | дата |