

Договор страхования №

Я _____

прошу восстановить Договор страхования,

дата * первого неоплаченного взноса

Сведения о Страхователе:

Фамилия, Имя, Отчество (при наличии)

Дата рождения

Место рождения

Гражданство

Паспорт

Документ, удостоверяющий личность

Серия

Номер

Дата выдачи

Код подразделения

 -

Выдан

Дата окончания срока действия (если имеется)

ИНН (при наличии)

Адрес регистрации

Адрес проживания (если отличается от регистрации)

Номер моб. телефона

Email

+7

Являюсь налоговым резидентом США

ДА

НЕТ

если ДА необходимо заполнить анкету*

Являюсь налоговым резидентом иного иностранного государства (территории)

ДА

НЕТ

если ДА - указать Государство/ИНН (TIN)

Являюсь иностранным, российским публичным должностным лицом, должностным лицом публичной международной организации, супругом (супругой) или близким

ДА

НЕТ

Критерии принадлежности к указанной категории лиц, а также форма дополнительной анкеты содержатся на сайте www.renlife.ru

Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:

Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)

Данные миграционной карты: серия (если имеется), номер карты, дата начала срока действия права пребывания, дата окончания срока действия права пребывания в РФ

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

Фамилия, Имя, Отчество (при наличии)

Дата рождения

Место рождения

Гражданство

Паспорт

Документ, удостоверяющий личность

Серия

Номер

Дата выдачи

Код подразделения

Выдан

Дата окончания срока действия (если имеется)

ИНН (при наличии)

Адрес регистрации

Адрес проживания (если отличается от регистрации)

Номер моб. телефона

Email

+7

Являюсь налоговым резидентом США

ДА

НЕТ

если ДА необходимо заполнить анкету*

Являюсь налоговым резидентом иного иностранного государства (территории)

ДА

НЕТ

если ДА - указать Государство/ИНН (TIN)

Являюсь иностранным, российским публичным должностным лицом, должностным лицом публичной международной организации, супругом (супругой) или близким

ДА

НЕТ

Критерии принадлежности к указанной категории лиц, а также форма дополнительной анкеты содержатся на сайте www.renlife.ru

Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:

Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)

Данные миграционной карты: серия (если имеется), номер карты, дата начала срока действия права пребывания, дата окончания срока действия права пребывания в РФ

Важно! В случае изменения данных в паспорте приложите к Заявлению копию паспорта.

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

№	Вопросы	ДА	НЕТ
1.	Являетесь ли инвалидом, лицом, требующим постоянного ухода, ограничены в движении? Если «Да», подчеркните один из вариантов ответа: а) являюсь инвалидом по заболеванию б) являюсь инвалидом по травме в) являюсь лицом, требующим постоянного ухода, ограничен(а) в движении		
2.	Страдаете мышечной дистрофией, нервными расстройствами, психическими заболеваниями? Если «Да», подчеркните один из вариантов ответа: а) страдаю мышечной дистрофией б) страдаю нервными расстройствами в) страдаю психическими заболеваниями		
3.	Страдаете нарушением зрения более 7 (семи) диоптрий?		
4.	За последние 10 лет ставили ли Вам такие диагнозы, как: почечная недостаточность, поликистоз почек, сердечно-сосудистые патологии (в том числе ишемическая болезнь сердца, мерцательная аритмия, гипертония (III-IV степени), тромбоз/эмболия, аневризм сосуда, инфаркт миокарда, инсульт), неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, язва желудка/двенадцатиперстной кишки, цирроз печени, хронический гепатит, хронический панкреатит, ВИЧ/СПИД, заболевания системы кроветворения, эндокринной системы (в том числе сахарный диабет, заболевания щитовидной железы), злокачественные или доброкачественные опухоли, туберкулез? Если «Да», укажите точный диагноз и дату диагностирования.		
5.	За последние 5 лет были ли Вы госпитализированы, проводили ли Вам операции (за исключением операции по поводу исправления носовой перегородки, удаления миндалин, аппендицита, стоматологических операций) или находились на больничном листе более 3 недель подряд? Если «Да», подчеркните один из вариантов ответа: а) проводили операцию б) был(а) госпитализирован(а) в) находился(ась) на больничном более 3 недель подряд		
6.	Проходили ли лечение от алкогольной, наркотической зависимости или состоите на диспансерном учете?		

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:

Дата заявления

01.11.2022

Подпись

Иванов И.И.

ФИО Заявителя

Иванов И.И.

Застрахованный:

Дата заявления

Подпись

ФИО Заявителя

ФИО Сотрудника:

Должность:

Служебные отметки: Вх. №

от

Подпись: