

В ООО «СК «Райффайзен Лайф»

ОТ \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. Страхователя

\_\_\_\_\_ вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность

\_\_\_\_\_ кем и когда выдан

## ЗАЯВЛЕНИЕ

на рассмотрение возможности восстановления Договора страхования

В связи с расторжением договора страхования № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ (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 в Заявлении на страхование № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, медицинской и финансовой анкетах, иных документах, являющихся частью Договора страхования и поданных/подписанных мною в связи с заключением и/или исполнением 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 в соглашении о восстановлении Договора страхования.

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. Страхователя

\_\_\_\_\_ подпись

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.



В ООО «СК «Райффайзен Лайф»

ОТ \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. Застрахованного лица

\_\_\_\_\_ вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность

\_\_\_\_\_ кем и когда выдан

## ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии восстановления Договора страхования

Я согласен с восстановлением Договора страхования на условиях, действовавших до расторжения Договора страхования.

Данные, указанные мной в Заявлении на страхование № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, медицинской и финансовой анкетах, иных документах, являющихся частью Договора страхования и поданных/подписанных мною в связи с заключением и/или исполнением 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.

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. Застрахованного лица

\_\_\_\_\_ подпись

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.