КАПИТАЛ LIFE
СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ

Заявление на возобновление Договора страхования жизни

Дата приёма заявления «____»__________________20___г. Ф.И.О. сотрудника ________________________________

☐ Отдел сопровождения ☐ Офис продаж (только штатным сотрудником) Подпись ______________

Страховой полис/Договор № ______________________________

от «____»_________________20___г.

Страхователь:

Фамилия ______________________________

Имя ______________________ **Отчество** ______________________

Документ, удостоверяющий личность:

☐ Паспорт ☐ Иной документ: ______________________

Серия ______ Номер ______ Дата выдачи «____»_________________20___г. ______ – ______
Код подразделения

Выдан ____
наименование государственного органа, выдавшего документ

Прошу возобновить Договор страхования (необходимо выбрать один из вариантов возобновления):

☐ с полным погашением задолженности и без изменения страховых взносов, с единовременным применением штрафа

☐ без погашения задолженности, с сохранением размера страховых сумм и увеличением страхового взноса

☐ без погашения задолженности, с сохранением размера страхового взноса и уменьшением страховых сумм

☐ без дополнительных страховых рисков

Настоящим подтверждаю, что:

☐ Не являюсь публичным должностным лицом (ПДЛ)*, а также супругом (супругой) / ближайшим родственником ПДЛ

☐ Не имею иного гражданства, вида на жительство в ином государстве, кроме Российской Федерации

☐ Не являюсь налоговым резидентом иного государства, кроме Российской Федерации

☐ Не являюсь налогоплательщиком США согласно FATCA

Если какое-либо из приведенных выше утверждений неверно – в обязательном порядке заполняются соответствующие разделы формы «Анкета для указания дополнительных сведений по иностранным гражданам и несоответствии дисклеймерам».

В случае подписания заявления представителем клиента необходимо дополнительно заполнить форму «Анкета физического лица – представителя / бенефициарного владельца».

* Под публичными должностными лицами подразумеваются как российские публичные должностные лица (РПДЛ), так и иностранные публичные должностные лица (ИПДЛ) и должностные лица публичной международной организации (МПДЛ).

Указанная ниже декларация не относится к Договорам страхования, заключенным по программе «МАРС».

Я знаю, что не представленные мною сведения об обстоятельствах, влияющих на степень страхового риска, а также заведомо ложные сведения могут стать основанием для признания Договора страхования недействительным.

Я понимаю, что должен (-на) сообщить Страховщику ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» обо всех изменениях в роде деятельности, увлечениях и других данных, связанных с увеличением риска смерти. В случае если предоставленной информации недостаточно для оценки риска, я разрешаю любому лечебному учреждению или врачу, куда и к кому обращался (-лась), предоставить полную информацию, касающуюся состояния моего здоровья, Страховщику.

Настоящим подтверждаю, что Страхователь/Застрахованное лицо не является инвалидом I, II, III группы, не имеет категории «ребёнок-инвалид», не нуждается в постоянном уходе по состоянию здоровья и и не имеет направления на медико-социальную экспертизу, не состоит на учёте в наркологическом, психоневрологическом и противотуберкулёзном диспансерах; Страхователю/Застрахованному лицу не оказывали медицинскую помощь по поводу СПИДа и мне неизвестно, что Страхователь/Застрахованное лицо является носителем ВИЧ. Я утверждаю, что сведения, приведённые выше, соответствуют действительности, и я понимаю, что характер этих сведений является основанием для возобновления Договора страхования между мной и ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни». Я понимаю и согласен с тем, что ложные сведения, если они приведены мною выше, а также сокрытие фактов, касающихся нарушений здоровья Страхователя/Застрахованного лица, дают Страховщику право отказать в страховой выплате.

Я даю своё согласие на предоставление медицинскими учреждениями, страховыми организациями, Фондом обязательного медицинского страхования, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» по запросу ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» документов и заключений, связанных с наступлением страхового случая, содержащих мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, включая сведения о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, о перечне медицинских учреждений, в которые я обращался за медицинской помощью, и иную информацию, необходимую для решения вопроса о страховой выплате.

Я, как законный представитель Застрахованного лица (ребёнка), в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие на предоставление медицинскими учреждениями, страховыми организациями, Фондом обязательного медицинского страхования по запросу ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» документов и заключений, связанных с наступлением с Застрахованным лицом страхового случая, содержащих персональные данные Застрахованного лица и сведения, составляющие врачебную тайну, включая сведения о факте обращения Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, о перечне медицинских учреждений, в которые обращалось Застрахованное лицо за медицинской помощью, и иную информацию, необходимую для решения вопроса о страховой выплате.

Приложением к настоящему Заявлению является Анкета о состоянии здоровья.

Я подтверждаю, что указанные мной контактные и паспортные данные актуальны и соответствуют действительности.
Прошу актуализировать их во всех договорах, заключенных в компании.

Страхователь __________ /________________________ Дата «____»_________________20___г.
подпись Ф.И.О.

Представитель Страховщика __________ /________________________ Дата «____»_________________20___г.
подпись Ф.И.О.