



## Заявление на выход из редукции 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 \_\_\_\_\_

Название организации \_\_\_\_\_

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

с увеличением последующих (после вступления в силу новых изменённых условий после выхода из редукции) страховых платежей (взносов) по Договору страхования жизни до конца периода уплаты взносов

с изменением (уменьшением) страховых сумм по Договору страхования жизни, включая дополнительные риски, восстанавливаемые при выходе Договора из редукции

без дополнительных рисков

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 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

Страхователь /  
Законный представитель  
Застрахованного лица \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
подпись Ф.И.О.

Представитель  
Страховщика \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
подпись Ф.И.О.