

Заявление на восстановление Договора страхования (Полиса)



Заявление на четырех листах. Все поля обязательны для заполнения (при отсутствии данных заполняется «нет» или «не имею»)

№ Полиса

Сведения о Застрахованном лице

Застрахованное лицо Муж Жен.
Дата рождения Место рождения
Семейное положение

Паспортные данные

Серия Номер Дата выдачи
Кем выдан Код подразделения
ИНН СНИЛС
Имеющийся Вид на жительство
гражданства*

* Для иностранных граждан и лиц без гражданства в обязательном порядке предоставляется миграционная карта и документ, подтверждающий право пребывания лица на территории РФ.

Адрес регистрации

Индекс Страна Город
Область/край
Улица Дом Корпус Квартира

Адрес проживания (адрес для корреспонденции), если отличается от адреса регистрации

Индекс Страна Город
Область/край
Улица Дом Корпус Квартира
Место работы/
название компании Должность/ описание
служебных обязанностей

Годовой доход Застрахованного лица (руб.)

До 500 000 500 001–750 000 750 001–1 000 000 1 000 001–2 000 000 2 000 001–3 000 000 более 3 000 000

Сведения о Страхователе (в том случае, если он отличается от Застрахованного лица)

Страхователь Муж Жен.
Дата рождения Место рождения
Семейное положение Отношение к Застрахованному лицу

Паспортные данные

Серия Номер Дата выдачи
Кем выдан Код подразделения
ИНН СНИЛС
Имеющийся Вид на жительство
гражданства*

* Для иностранных граждан и лиц без гражданства в обязательном порядке предоставляется миграционная карта и документ, подтверждающий право пребывания лица на территории РФ.

Адрес регистрации

Индекс Страна Город
Область/край
Улица Дом Корпус Квартира

Адрес проживания (адрес для корреспонденции), если отличается от адреса регистрации

Индекс Страна Город
Область/край
Улица Дом Корпус Квартира
Место работы/
название компании Должность/ описание
служебных обязанностей

Годовой доход Страхователя (руб.)

До 500 000 500 001–750 000 750 001–1 000 000 1 000 001–2 000 000 2 000 001–3 000 000 более 3 000 000

Контактная информация Страхователя

Телефон мобильный код страны код №
Телефон контактный код страны код №
E-mail @

Город, дата

Подпись Застрахованного лица
(или законного представителя)

Подпись Страхователя

Подпись
финансового консультанта

Декларация о здоровье

№ Полиса

В случае положительного ответа на вопрос просьба указать подробности в специальной графе.

	Ответы Застрахованного лица	Ответы Страхователя
1. Имеете ли или будете иметь отношение к:		
А. Службе в Вооруженных Силах?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Б. Авиаации?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
В. Деятельности, связанной с повышенной опасностью, а именно: управлением летательными аппаратами, дайвингом, парашютным спортом, гонками на скорость, альпинизмом, охотой на диких животных или другими активными и опасными видами спорта или деятельности? Управяете ли Вы мотоциклом, объем двигателя которого превышает 100 см³?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2. А. Делали ли Вы или собираетесь сделать другое Заявление о страховании жизни и/или от несчастных случаев и/или болезней?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Б. Подавали ли Вы Заявление, официально или неофициально, о новом страховании, об изменении вида страхования или восстановлении, которое было отвергнуто, отложено, отменено или измене- но после даты Вашего Заявления по вышеуказанному Договору страхования? (если да, укажите компанию, дату и причину отказа)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
В. Есть ли у Вас другой действующий Договор страхования жизни и/или от несчастных случаев и/или болезней?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3. После даты заключения вышеуказанного Договора страхования:		
А. Болели ли Вы или получали травмы? (укажите дату и подробности ниже)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Б. Обращались ли Вы к врачу или лечились в связи с болезнями или Вашим физическим или психическим состоянием (укажите дату и подробности ниже)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
В. Были ли Вы госпитализированы? Находились ли на лечении в санатории?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Г. Произошла ли в Вашей семье смерть отца, матери, брата, сестры или супруга/-ги?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Д. Имеете ли Вы нарушение здоровья, беспокоят ли Вас какие-либо боли / недомогание / плохое самочувствие, связанные с Вашим физическим или психическим состоянием?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Е. Намерены ли Вы посоветоваться с врачом или сдать медицинские анализы?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Ж. Наблюдали ли Вы у себя симптомы, причина которых неясна? Внезапная боль, пятна на коже, слабость, резкая потеря или увеличение веса?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
З. Обращались ли Вы к врачу или подвергались ли лечению в связи со СПИДом или с состоянием здоровья, имеющем возможное отношение к СПИДу или к болезни, передающейся половым путем? Сообщали ли Вам официально, что Вы – носитель ВИЧ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
И. Была ли Вам присвоена инвалидность?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. Укажите рост	_____ см	_____ см
Изменился ли за последний год?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5. Укажите вес	_____ кг	_____ кг
Изменился ли за последний год?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6. Курите ли Вы?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если да, укажите ежедневное потребление табака	_____ шт.	_____ шт.
7. Употребляете ли Вы алкоголь?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если да, укажите: А. вид потребляемого алкоголя	_____	_____
В. объем еженедельного потребления.	_____ л	_____ л
8. (Только для женщин) Беременны ли Вы?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9. Выезжаете ли Вы за рубеж?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если да, то укажите страну (страны), цели, частоту и продолжительность поездок		

Описание положительных ответов (перед ответом укажите номер вопроса):

Ответы Застрахованного лица	Ответы Страхователя

Город, дата	Подпись Застрахованного лица (или законного представителя)	Подпись Страхователя	Подпись финансового консультанта
-------------	---	----------------------	-------------------------------------

Декларация Застрахованного лица (или законного представителя), Страхователя (если отличается от Застрахованного лица)

№ Полиса

1. Настоящим соглашаюсь с тем, что все указанные в данном Заявлении изменения персональных и контактных данных Страхователя будут учтены в отношении всех полисов, по которым я являюсь Страхователем.
2. Настоящим Заявлением признаю от своего имени и от имени любого лица, в чью пользу заключен Договор страхования, номер которого указан выше, что (1) все мои ответы полные и правдивые (2) принимаются за основу для восстановления Договора страхования, заключенного на основании моего письменного заявления.
3. Я подтверждаю, что настоящее Заявление при его одобрении является одновременно Соглашением между мной и Страховщиком о восстановлении Договора страхования, который не действовал по причине просрочки в уплате очередного страхового взноса (очередных страховых взносов).
4. Я понимаю, что под восстановлением Договора страхования понимается возобновление срока его действия. Я понимаю, что действие восстановленного Договора страхования вступит в силу после оценки Страховщиком рисков по данному Заявлению и в любом случае не ранее даты подписания данного Заявления.
5. Подтверждаю, что не буду предъявлять к Страховщику требований по выплате мне страхового обеспечения по любому страховому случаю, произошедшему со мной в период, когда Договор страхования не действовал по причине просрочки уплаты очередного страхового взноса (очередных страховых взносов).
6. Заявляю, что сведения о состоянии моего здоровья, имеющиеся в прежних Договорах страхования, действующих или нет на настоящий момент и явившиеся причиной а) отказа, б) надбавки на страховой взнос, в) исключения, г) изменений в покрытии, д) компенсаций действительны и связывают меня обязательствами перед Страховщиком, но не связывают обязательства Страховщика, если они не включены в настоящее Заявление.
7. Вся информация, сообщенная мной Страховщику ранее при заключении Договора страхования или подаче Заявления о страховании и явившаяся причиной а) отказа, б) надбавки на страховой взнос, в) исключения, г) изменений в покрытии, д) компенсаций может быть использована Страховщиком при оценке страхового риска.
8. Заявляю, что вся информация, предоставленная мной в Заявлении, достоверна и полна в соответствии с моими знаниями и убеждениями. Настоящим даю согласие АО «МетЛайф» на сбор любой информации по указанному в Заявлении событию, включая медицинскую информацию о здоровье Застрахованного лица, в любых учреждениях.
9. Настоящим я предоставляю АО «МетЛайф» и лицам, действующим по его поручению право на обработку (в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству, способом (в том числе без использования средств автоматизации), на трансграничную передачу в страны, обеспечивающие адекватную защиту персональных данных, и не обеспечивающие такую защиту всех моих и Застрахованного лица персональных данных (в том числе персональных данных о состоянии здоровья) в целях заключения и исполнения Договора страхования, а также в целях предоставления с помощью средств связи информации об исполнении Договора страхования и информации о страховых услугах, оказываемых Страховщиком. При этом такое согласие дается мной Страховщику на весь срок действия Договора страхования и в течение пяти лет после прекращения действия Договора страхования и может быть отозвано мной в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного мной письменного уведомления.
10. Настоящим заявлением я разрешаю любому медицинскому работнику или учреждению здравоохранения, страховым медицинским организациям, территориальным и федеральным фондам ОМС, бюро МСЭ, органам исполнительной власти, правоохранительным органам, работодателю, имеющим информацию о наступлении страхового события, проведенном лечении, истории заболевания, физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе лечения в отношении меня или Застрахованного, предоставлять ее в случае необходимости в АО «МетЛайф».
11. Во исполнение требований закона Российской Федерации 115-ФЗ от 07.08.2001 г. настоящим подтверждаю, что не являюсь иностранным публичным должностным лицом*, должностным лицом публичной международной организации, лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, или должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, а также их супругами и близкими родственниками. В ином случае обязуюсь заполнить «Заявление о принятии на обслуживание должностного лица» или «Уведомление о родстве с должностным лицом».
12. Настоящим подтверждаю, что я, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель (-ли) не являемся лицами, в отношении которых установлены и действуют программы санкций и иные ограничения, предусмотренные решениями компетентных органов Российской Федерации, иных стран и организаций, а также не являюсь (-емся) лицом (-ами), внесенным (-и) в списки лиц, подверженных санкциям в связи с легализацией (отмыванием) доходов, террористической и иной незаконной деятельностью, формируемыми указанными странами и организациями, и соглашаюсь с тем, что предоставление страхового покрытия, страховые выплаты или иные платежи в отношении лиц, на которых распространяются программы санкций или иные ограничения, или которые внесены в списки лиц, причастных к легализации (отмыванию) доходов, террористической и иной незаконной деятельности, будут сделаны при условии получения соответствующего разрешения органа, установившего санкцию/ограничение.
13. Настоящим даю согласие Страховщику на оплату Договора страхования жизни автоматическим займом в целях предотвращения расторжения Договора страхования по причине просрочки уплаты очередных страховых взносов (действительно для Договоров страхования жизни с датой выпуска с 01.02.2005 г.)
14. Настоящее Заявление сделано с полной ответственностью за ответы, содержащиеся в нем.

*Под иностранным публичным должностным лицом понимается любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия (например, главы государств или правительств, руководители государственных корпораций, ведущие политики, высшие правительственные или военные чиновники).

Город, дата

Подпись Застрахованного лица
(или законного представителя)

Подпись Страхователя

Подпись
финансового консультанта

Декларация Застрахованного лица (или законного представителя) / Страхователя (если отличается от Застрахованного лица)

№ Полиса

1. Настоящим, согласно ст. 959 ГК РФ, обязуюсь незамедлительно сообщить Страховщику о ставших мне известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при восстановлении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными, во всяком случае, признаются изменения, оговоренные в настоящем Заявлении на восстановление, договоре страхования. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования. При неисполнении Страхователем предусмотренной настоящим пунктом обязанности, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.
2. Я даю свое согласие на то, что Страховщик с целью оценки страховых рисков и проверки сведений в целях восстановления и исполнения договора страхования вправе запрашивать, получать и проверять информацию и документы о моем финансовом состоянии, кредитные отчеты в соответствии со статьей 6 Федерального закона № 218-ФЗ от 30.12.2004 «О кредитных историях» путем направления запросов в государственные органы и любые организации (в том числе в Национальное бюро кредитных историй (НБКИ), Объединенное кредитное бюро (ОКБ), Бюро кредитных историй «Эквифакс» и др.), Бюро страховых историй, а также путем поиска информации в открытых источниках. Я даю свое согласие на предоставление такой информации (за исключением кредитных отчетов) АО «МетЛайф», его контрагентам в целях оценки страховых рисков, проверки информации, полученной АО «МетЛайф» при восстановлении и/или исполнении договора страхования.
3. Настоящим подтверждаю, что я, нижеуказанный, не являюсь инвалидом 1-й или 2-й группы, ребенком-инвалидом, не являюсь лицом, требующим постоянного ухода, не страдаю психическим и/или нервным заболеванием и/или расстройством, а также не являюсь ВИЧ-инфицированным или больным СПИДом. Я не обращался за лечением в связи с ВИЧ/СПИДом или состоянием, связанным с ВИЧ/СПИДом. Мне не сообщалось, что мой анализ крови на антитела и антигены к вирусу иммунодефицита человека положителен.
4. Во исполнение требований Федерального закона Российской Федерации от 07.08.2001 № 115-ФЗ настоящим подтверждаю, что я не имею Бенефициарного владельца (физическое лицо, которое имеет возможность контролировать мои действия). В ином случае обязуюсь заполнить «Уведомление о Бенефициарных владельцах». Настоящим подтверждаю, что целью установления мной деловых отношений со Страховщиком является получение страховой услуги.
5. Во исполнение требований Федерального закона Российской Федерации от 28.06.2014 № 173-ФЗ «Об особенностях осуществления финансовых операций» в случае изменения статуса гражданства (включая двойное гражданство) и/или получения вида на жительство в иностранном государстве, и/или приобретения статуса налогоплательщика иностранного государства, обязуюсь уведомить об этом АО «МетЛайф» в течение 30 (тридцати) дней с даты изменения статуса. Настоящим предоставляю АО «МетЛайф» право передавать информацию, указанную в Заявлении на восстановление, приложениях к нему, и иную необходимую информацию в иностранный налоговый орган в целях исполнения требований законодательства о налогообложении иностранных счетов.

Город, дата

Подпись Застрахованного лица
(или законного представителя)

Подпись Страхователя

Подпись
финансового консультанта