

# Заявление на восстановление Договора страхования (Полиса)



Заявление на шести 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

## Данные документа, удостоверяющего личность

### Данные гражданина Российской Федерации (паспорт)

Гражданство РФ  Необходимо предоставить копию паспорта (основной разворот и страница с регистрацией)

Серия     Номер         Дата выдачи

Кем выдан

Код подразделения

ИНН РФ  СНИЛС

Виды на жительство

Имеется ли у Вас номер налогоплательщика иного государства? Да  Нет

Если Да, укажите страну и номер налогоплательщика

Являетесь ли Вы гражданином иного государства? Да  Нет  Если Да, то заполните блок ниже

### Данные гражданства иного государства

Гражданства стран  Виды на жительство

Тип документа (паспорт иностранного гражданина или иной)

Серия и номер

Дата начала действия  Дата окончания действия

TIN (ITIN, SSN или иное)

Необходимо предоставить копии имеющихся документов, подтверждающих личность (паспорт, разрешение на временное проживание, вид на жительство, удостоверение беженца или иные документы) и подтверждающих право пребывания лица на территории РФ (виза, миграционная карта, регистрация).

## Адреса и контактная информация

### 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

### Контактная информация

Телефон мобильный код страны     код     №

Телефон контактный код страны     код     №

E-mail

Место работы/название компании  Должность/ описание служебных обязанностей

Семейное положение  Количество детей

## 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

Город, дата

Подпись Застрахованного лица  
(или законного представителя)

Подпись Страхователя

Подпись  
финансового консультанта

# Заявление на восстановление Договора страхования (Полиса)



Продолжение

№ Полиса

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

Страхователь   Муж.  Жен.  ЮЛ

Если Страхователем является юридическое лицо, то поля ниже (стр.2) не обязательны к заполнению при наличии заполненной Анкеты клиента (юридического лица или индивидуального предпринимателя). В случае если Страхователь – физическое лицо, то все поля являются обязательными для заполнения.

Дата рождения  Место рождения

### Данные документа, удостоверяющего личность

#### Данные гражданина Российской Федерации (паспорт)

Гражданство РФ  Необходимо предоставить копию паспорта (основной разворот и страница с регистрацией)

Серия     Номер         Дата выдачи

Кем выдан

Код подразделения

ИНН РФ  СНИЛС

Виды на жительство

Имеется ли у Вас номер налогоплательщика иного государства? Да  Нет

Если Да, укажите страну и номер налогоплательщика

Являетесь ли Вы гражданином иного государства? Да  Нет  Если Да, то заполните блок ниже

#### Данные гражданина иного государства

Гражданства стран  Виды на жительство

Тип документа (паспорт иностранного гражданина или иной)

Серия и номер

Дата начала действия  Дата окончания действия

TIN (ITIN, SSN или иное)

Необходимо предоставить копии имеющихся документов, подтверждающих личность: паспорт, разрешение на временное проживание, вид на жительство, удостоверение беженца или иные документы, подтверждающие личность.

### Адреса и контактная информация

#### 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

#### Контактная информация

Телефон мобильный код страны     код     №

Телефон контактный код страны     код     №

E-mail

Место работы/название компании  Должность/описание служебных обязанностей

Семейное положение  Количество детей

#### 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

# Заявление на восстановление Договора страхования (Полиса)



Продолжение

№ Полиса

## Дополнительные сведения (необходимо предоставить ответ в каждом из трех разделов ниже)

В соответствии с пунктом 14 статьи 7 Федерального закона от 07.08.2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма», клиенты обязаны предоставить информацию, необходимую для исполнения организацией требований указанного Федерального закона, включая информацию о лицах (Выгодоприобретателях), к выгоде которых Вы действуете, и Бенефициарных владельцев.

### 1. Сведения о лицах, к выгоде которых производятся действия по заявлению (Выгодоприобретатели)

Имеются ли у Вас лица (Выгодоприобретатели), к выгоде которых Вы действуете (в том числе на основании доверенности, агентского договора, договоров поручения, комиссии и доверительного управления) при проведении операций с денежными средствами по данному заявлению?

- нет, действую к собственной выгоде
- да, действую к выгоде другого лица. Необходимо заполнить Анкету физического / юридического лица / индивидуального предпринимателя отдельно на каждое лицо (Выгодоприобретателя).

### 2. Сведения о Бенефициарных владельцах

Имеются ли у Вас Бенефициарные владельцы, то есть физические лица, которые, в конечном счете, прямо или косвенно (через третьих лиц) имеют возможность контролировать Ваши действия?

- нет, я сам(а) являюсь своим Бенефициарным владельцем
- да, имеются. Необходимо заполнить Анкету физического лица отдельно на каждого Бенефициара.

### 3. Сведения о статусе публичного должностного лица (ПДЛ)

- не являюсь ПДЛ и/или родственником ПДЛ
- являюсь ПДЛ и/или родственником ПДЛ. Заполните поля ниже, указав необходимые категории.

Я являюсь:

- российским публичным должностным лицом, то есть лицом, занимающим государственные должности РФ, должности членов совета директоров ЦБ РФ, должности на федеральной государственной службе, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных на основании федеральных законов
- международным публичным должностным лицом, то есть должностным лицом публичной международной организации, которому доверены или были доверены ею важные функции
- иностранным публичным должностным лицом, то есть публичным должностным лицом иностранного государства.

В случае если отмечен хотя бы один из перечисленных вариантов, необходимо заполнить Анкету публичного должностного лица.

- Я являюсь родственником лица, принадлежащего к одной из перечисленных категорий.
- К какой именно из вышеперечисленных категорий относится Ваш родственник?: (указать)

Степень родства между вами: (указать)

**Достоверность сведений, указанных в настоящем заявлении, подтверждаю. Проинформирован(а) о необходимости обновления указанных в заявлении сведений (информации) в случае их изменения, а также обязуюсь представить все необходимые сведения по запросу организации.**

# Заявление на восстановление Договора страхования (Полиса)



Продолжение

№ Полиса

## Согласие на обработку персональных данных

Являясь Субъектом персональных данных, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», настоящим я предоставляю оператору персональных данных – Акционерному обществу «Страховая компания МетЛайф» (адрес местонахождения 127015, город Москва, ул. Бутырская, д. 76, стр. 1), далее именуемое АО «МетЛайф» или Общество, и его партнерам/контрагентам свое согласие на обработку персональных данных, любым, не противоречащим российскому законодательству способом (в том числе с/без использования средств автоматизации, с использованием глобальной информационно-телекоммуникационной сети Интернет), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение персональных данных в целях:

- а) заключения и исполнения договоров/соглашений с АО «МетЛайф» и договоров перестрахования (если применимо);
- б) проверки любых сведений и документов, предоставленных мной Обществу или полученных Обществом из открытых источников, для заключения и исполнения договора страхования или принятия решения по страховому событию, а также получения, при необходимости, дополнительных сведений, в том числе медицинского характера, и документов в любых органах/организациях, включая государственные органы и организации, медицинские учреждения, бюро кредитных историй;
- в) оценки риска, в том числе в связи с состоянием моего здоровья;
- г) предоставления мне Обществом информации по договору или в связи с моими обращениями, а также о предоставляемых Обществом услугах и способах их оказания (в том числе информацию рекламного характера), по любым каналам связи, сообщенным мной Обществу;
- д) ведения справочных и клиентских баз для повышения качества обслуживания клиентов;
- е) осуществления иных функций, возложенных на АО «МетЛайф» нормами применимого законодательства, и заключенными/ заключаемыми со мной договорами, соглашениями.

Персональные данные, в отношении которых дается данное согласие, включают: все вместе и каждая в отдельности персональные данные, относящиеся к Страхователю / Застрахованному лицу и/или Выгодоприобретателю(-ям) в договоре страхования и документах к нему, в том числе сведения медицинского характера и/или содержащие врачебную тайну о состоянии здоровья, сведения о финансовом положении, а также сведения, предоставленные для урегулирования страхового события или в связи с иными обращениями в Общество.

Я выражаю свое согласие на трансграничную передачу (предоставление, доступ) персональных данных в объеме идентификационных сведений в соответствии с Федеральным законом № 115-ФЗ от 07.08.2001 г., иностранным юридическим лицам, находящимся на территории США, в частности: Metropolitan Life Insurance Company (Метрополитан Лайф Иншурэнс Компани), адрес: 1095, Avenue of the Americas, New York, USA.

Я уведомлен о том, что перечень партнеров/контрагентов, которым предоставляются или могут предоставляться мои персональные данные, персональные данные Застрахованного лица и выгодоприобретателя(-ей) в указанных выше целях, размещен на официальном сайте АО «МетЛайф» по адресу: <http://www.metlife.ru/> и/или может быть мне предоставлен на основании отдельного письменного запроса. Перечень таких организаций может быть изменен Страховщиком путем размещения его обновленной версии по указанному выше адресу официального сайта.

Предоставляя согласие, я действую по своей воле и в своем интересе. Согласие дается мной Страховщику и его партнерам/контрагентам добровольно, на весь срок действия договора страхования и следующие 5 (пять) лет после прекращения действия договора страхования, и может быть отозвано мной в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного мной письменного уведомления или письма по электронной почте с указанного мною при заключении договора адреса. Я осознаю, что отзыв моего согласия приведет к прекращению действия договора страхования по моей инициативе, а Страховщик обязан продолжить обработку моих персональных данных и после отзыва моего согласия в случаях и в течение времени, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Настоящим соглашаюсь с тем, что все указанные в данном Заявлении персональные и контактные данные будут учтены как актуализация информации в отношении всех полисов (в случае их наличия), по которым я являюсь Страхователем, Застрахованным лицом или иным лицом, так или иначе связанным с полисом(-ами).

# 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. Авиации? .....	<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? Управляете ли Вы мотоциклом, объем двигателя которого превышает 100 см <sup>3</sup> ? .....	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если да, пожалуйста, опишите ниже подробно		
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
(укажите дату и подробности ниже)		
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
(если да, укажите родство, причину смерти и возраст умершего).		
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
Если да, пожалуйста, опишите характер и локализацию		
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 и Страхователя (если отличается от Застрахованного лица)

№ Полиса

1. 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.
2. 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).
3. 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.
4. 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).
5. 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 обязательствами Страховщика, если они не включены в настоящее Заявление.
6. Я подтверждаю, что данные мной ответы на предложенные вопросы соответствуют действительности, вся указанная в данном Заявлении информация является полной и достоверной. Я подтверждаю, что ответы на предложенные вопросы, данные мной Страховщику или представителю, назначенному Страховщиком при проведении медицинского освидетельствования/экспертизы, соответствуют действительности. Принимаю к сведению, что в случае дачи недостоверных ответов договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения/восстановления в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ.
7. Настоящим, согласно ст. 959 ГК РФ, обязуюсь незамедлительно сообщать Страховщику о ставших мне известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении/восстановлении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными, во всяком случае, признаются изменения, оговоренные в настоящем Заявлении, договоре страхования или доплате страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования. При неисполнении Страхователем либо Выгодоприобретателем предусмотренной настоящим пунктом обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.
8. Я соглашаюсь с тем, что по результатам оценки страхового риска АО «МетЛайф» вправе предложить мне иные условия страхования, страховые суммы могут быть увеличены или уменьшены при оценке рисков по данному Заявлению, при этом сумма страховой премии (взноса) остается неизменной.
9. 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, не обращался (-лась) 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 положительный.
10. Во исполнение требований Федерального закона Российской Федерации от 28.06.2014 № 173-ФЗ «Об особенностях осуществления финансовых операций» настоящим я подтверждаю, что представленная выше информация о наличии/отсутствии у меня гражданства/вида на жительство и/или статуса налогоплательщика иностранного государства на момент подписания данного Заявления полна и достоверна. 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 письменно уведомить об этом АО «МетЛайф» в течение 30 (тридцати) дней с даты изменения статуса. Настоящим предоставляю АО «МетЛайф» право передавать информацию, указанную в Заявлении, приложениях к нему, и иную необходимую информацию в иностранный налоговый орган в целях исполнения требований законодательства о налогообложении иностранных счетов.
11. Настоящим подтверждаю свое согласие заполнить Заявление на обновление персональных и иных идентификационных данных (в том числе паспортных данных, адреса места жительства, телефона, принадлежности к публичным должностным лицам), в случае если данные, указанные при заключении/восстановлении договора страхования, были изменены в течение каждого страхового года. При непредоставлении такого Заявления прошу считать персональные и иные идентификационные данные неизменными.
12. Настоящим соглашаюсь с тем, что все указанные в данном Заявлении персональные и контактные данные будут учтены как актуализация информации в отношении всех полисов (в случае их наличия), по которым я являюсь Страхователем, Застрахованным лицом или иным лицом, так или иначе связанным с полисом(-ами).
13. Я согласен с тем, что Страховой полис (договор страхования)/Дополнительное соглашение может быть подписан Страховщиком отпечатанным типографским способом факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи либо иного аналога собственноручной подписи и печати Страховщика. Согласен, что такая подпись на всех документах, подписываемых со стороны Страховщика, будет считаться надлежащей подписью.
14. Настоящим я соглашаюсь с тем, что все письменные документы по договору страхования направляются Страхователю по адресу, указанному им в данном Заявлении и/или иных заявлениях, скрепленных оригиналом подписи, и/или в личном кабинете, в качестве адреса для корреспонденции. В случае, если иной адрес не был сообщен Страховщику в письменной форме, вся корреспонденция считается надлежащим образом направленной Страхователю, если она направлена по адресу для корреспонденции, указанному в настоящем Заявлении.
15. Настоящим подтверждаю и согласен, что в соответствии со статьей 213 Налогового кодекса (НК) РФ при досрочном расторжении договора добровольного страхования жизни или договора добровольного пенсионного страхования Страховщик обязан удержать сумму налога, исчисленную с суммы дохода, равной сумме страховых взносов, уплаченных физическим лицом по этому договору, за каждый календарный год, в котором налогоплательщик имел право на получение социального налогового вычета, указанного в подпункте 4 пункта 1 статьи 219 НК РФ. В случае если налогоплательщик вместе с документами на досрочное расторжение договора страхования предоставил справку установленной формы, выданную налоговым органом по месту жительства налогоплательщика, подтверждающую неполучение налогоплательщиком социального налогового вычета, либо подтверждающую факт получения налогоплательщиком суммы предоставленного социального налогового вычета, указанного в подпункте 4 пункта 1 статьи 219 НК РФ, Страховщик соответственно не удерживает сумму налога либо исчисляет сумму налога, подлежащую удержанию.
16. Я подтверждаю, что данное Заявление с АО «МетЛайф» заполнено и подписано мной лично. В случае заполнения Заявления не моим почерком подтверждаю, что текст мной прочитан и сведения, изложенные в нем, записаны с моих слов.
17. Устная информация и договоренность действительны лишь в том случае, если они подтверждены в письменном виде. Если информация, переданная устно, не соответствует условиям договора страхования, то силу имеют только данные, подтвержденные письменным документом.
18. Я понимаю и принимаю условие, что в случае неоплаты очередного страхового взноса по Договору страхования такой взнос может быть оплачен автоматическим займом в соответствии с Полисными условиями страхования и с согласия Страховщика. В этом случае данная Декларация считается заявлением на предоставление автоматического займа.

Город, дата

Подпись Застрахованного лица  
(или законного представителя)

Подпись Страхователя

Подпись  
финансового консультанта