

Заявление на изменение страхователя по Договору страхования (Полису)



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

№ Полиса

Застрахованное лицо	<input type="text" value="Ф. И. О. полностью"/>
Прежний Страхователь	<input type="text" value="Ф. И. О. полностью"/>

Новый Страхователь – Физическое лицо*

Ф. И. О.	<input type="text" value="полностью"/>		
Дата рождения	<input type="text" value="Д Д М М Г Г Г Г"/>	Место рождения	<input type="text"/>
Отношение к Застрахованному лицу	<input type="text"/>	Семейное положение	<input type="text"/>
		Количество детей	<input type="text"/>

Паспортные данные

Серия	<input type="text"/>	Номер	<input type="text"/>	Дата выдачи	<input type="text" value="Д Д М М Г Г Г Г"/>
Кем выдан	<input type="text"/>			Код подразделения	<input type="text"/>
ИНН	<input type="text"/>	СНИЛС	<input type="text"/>	Имеющиеся гражданства**	<input type="text" value="Укажите все страны"/>
		Виды на жительство	<input type="text"/>		<input type="text" value="Укажите все страны"/>

Вместе с заявлением просим Вас предоставить копию паспорта (страницы с фотографией и страницы с пропиской).
**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	<input type="text"/>	Страна	<input type="text"/>
Область/край	<input type="text"/>	Город	<input type="text"/>
Улица	<input type="text"/>	Дом	<input type="text"/>
		Корпус	<input type="text"/>
		Квартира	<input type="text"/>

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

Индекс	<input type="text"/>	Страна	<input type="text"/>
Область/край	<input type="text"/>	Город	<input type="text"/>
Улица	<input type="text"/>	Дом	<input type="text"/>
		Корпус	<input type="text"/>
		Квартира	<input type="text"/>

Контактная информация

Телефон контактный	код страны	<input type="text"/>	код	<input type="text"/>	№	<input type="text"/>	
Телефон мобильный	код страны	<input type="text"/>	код	<input type="text"/>	№	<input type="text"/>	
E-mail	<input type="text"/>					@	<input type="text"/>
Место работы (название компании)	<input type="text"/>	Должность/описание служебных обязанностей	<input type="text"/>				

Наличие задолженности по Полису: Да Нет

Состояние задолженности по Полису на _____ (дата) составляет _____ руб.

Изменение Страхователя производится только по действующему Полису. В случае восстановления Полиса заявление на изменение Страхователя принимается только одновременно с оплатой суммы по восстановлению. Программы, заключенные в отношении Прежнего Страхователя, прекращают действовать с даты изменения Страхователя. Компания не будет возвращать Прежнему Страхователю стоимость исключенных программ за неиспользованный оплаченный период времени. Новый Страхователь может приобрести новые программы страхования в годовщину действия Договора страхования/Полиса по письменному заявлению.

Заявление на изменение Страхователя недействительно без подписания Соглашения об уступке прав и обязанностей по Договору страхования (стр. 3) и Декларации Страхователя, принимающего права и обязанности по Договору страхования (стр. 4).

* В случае изменения Страхователя на физическое лицо требуется заполнение Декларации о здоровье (стр. 5).

Застрахованное лицо <small>(или законный представитель)</small>	_____	(Ф. И. О.)	_____	(город)	_____	(дата, подпись, печать)
Прежний Страхователь	_____	(Ф. И. О.)	_____	(город)	_____	(дата, подпись, печать)
Новый Страхователь	_____	(Ф. И. О.)	_____	(город)	_____	(дата, подпись, печать)
Финансовый консультант	_____	(Ф. И. О.)	_____	(город)	_____	(дата, подпись, печать)

Новый Страхователь – Юридическое лицо

Полное наименование
Юридического лица

Отношение
к Застрахованному лицу

ОГРН

ИНН (КИО)

Юридический адрес

Индекс Страна

Область/
край Город

Улица Дом Корпус Квартира

Фактический адрес

Индекс Страна

Область/
край Город

Улица Дом Корпус Квартира

Контактная информация

Телефон контактный код страны код №

E-mail @

Внимание!

Просьба приложить копии Свидетельства о присвоении ОГРН, Свидетельства о присвоении ИНН, документа (доверенность или иной документ), подтверждающего полномочия лица, подписавшего документы по изменению Страхователя, подписывать от имени юридического лица такого рода документы.

Наличие задолженности по Полису: Да Нет

Состояние задолженности по Полису на _____ (дата) составляет _____ руб.

Изменение Страхователя производится только по действующему Полису. В случае восстановления Полиса заявление на изменение Страхователя принимается только одновременно с оплатой суммы по восстановлению. Программы, заключенные в отношении Прежнего Страхователя, прекращают действовать с даты изменения Страхователя. Компания не будет возвращать Прежнему Страхователю стоимость исключенных программ за неиспользованный оплаченный период времени. Новый Страхователь может приобрести новые программы страхования в годовщину действия Договора страхования/Полиса по письменному заявлению.

Заявление на изменение Страхователя недействительно без подписания Соглашения об уступке прав и обязанностей по Договору страхования (стр. 3) и Декларации Страхователя, принимающего права и обязанности по Договору страхования (стр. 4). В случае изменения Страхователя на физическое лицо требуется заполнение Декларации о здоровье (стр. 5).

Застрахованное лицо (или законный представитель)	_____	_____	_____
	(Ф. И. О.)	(город)	(дата, подпись, печать)
Прежний Страхователь	_____	_____	_____
	(Ф. И. О., должность для юридического лица)	(город)	(дата, подпись, печать)
Новый Страхователь	_____	_____	_____
	(Ф. И. О., должность для юридического лица)	(город)	(дата, подпись, печать)
Финансовый консультант	_____	_____	_____
	(Ф. И. О.)	(город)	(дата, подпись, печать)

Соглашение об уступке прав и обязанностей по Договору страхования

№ _____ от _____ 20____ года

Прежний Страхователь, _____

(Ф. И. О. – физическое лицо / наименование организации – юридическое лицо)

_____, с одной стороны и

(серия и номер паспорта для физического лица)

Новый Страхователь, _____

(Ф. И. О. – физическое лицо / наименование организации – юридическое лицо)

_____, с другой стороны

(серия и номер паспорта для физического лица)

заключили Настоящее Соглашение о нижеследующем:

1. Прежний Страхователь передает, а Новый Страхователь принимает на себя права и обязанности Прежнего Страхователя и становится стороной по Договору страхования № _____ от _____ 20____ года, заключенному между Прежним Страхователем и Акционерным обществом «Страховая компания МетЛайф» (далее – Страховщиком).
2. Стороны пришли к соглашению, что все обязательства Страховщика перед Прежним Страхователем, не исполненные на дату вступления в силу настоящего Соглашения вне зависимости от того, когда они возникли, должны быть исполнены Страховщиком в пользу Нового Страхователя.
3. Прежний Страхователь обязуется передать Новому Страхователю всю документацию по Договору страхования, а также все сведения, необходимые Новому Страхователю для исполнения обязательств стороны по Договору страхования.
4. Прежний и Новый Страхователи обязуются не предъявлять Страховщику никаких требований и претензий, связанных с возможным неисполнением Прежним и Новым Страхователями каких-либо обязательств друг перед другом в отношении Договора страхования, в том числе, но, не ограничиваясь, обязательств по выплате компенсации за уплаченные страховые взносы, по передаче документов и других обязательств. Вопрос о компенсации за уплаченные прежде страховые взносы и иные вопросы взаимоотношений Прежнего и Нового Страхователей, возникающие в связи с заменой Страхователя, решается по соглашению между Прежним и Новым Страхователями.
5. Новый Страхователь по настоящему Соглашению обязуется осуществлять (вместо Прежнего Страхователя) все права и обязанности Прежнего Страхователя по Договору страхования, возникшие с даты вступления настоящего Соглашения в силу, а также возникшие до даты вступления в силу и не исполненные Прежним Страхователем на эту дату.
6. Новый Страхователь, подписывая настоящее Соглашение, подтверждает, что он проинформирован о задолженности Прежнего Страхователя перед Страховщиком (при наличии) и принимает условие, что указанная в Заявлении на изменение Страхователя по указанному Договору страхования задолженность Прежнего Страхователя (в случае наличия) переходит к Новому Страхователю. Величина задолженности подлежит перерасчету на дату полного погашения задолженности.
7. Новый Страхователь, подписывая настоящее Соглашение, подтверждает, что он ознакомлен и согласен со всеми пунктами Полисных Условий страхования и Дополнительных соглашений (при наличии) по Договору страхования.
8. Настоящее Соглашение вступает в силу с момента подписания его сторонами.

Согласие Страховщика на переход прав и обязанностей по Договору страхования Новому Страхователю подтверждается выпуском Страховщиком Дополнительного Соглашения/ Спецификации Полиса.

Прежний Страхователь _____

(Ф. И. О., должность для юридического лица)

(город)

(дата, подпись, печать)

Новый Страхователь _____

(Ф. И. О., должность для юридического лица)

(город)

(дата, подпись, печать)

Декларация Страхователя, принимающего права и обязанности по Договору страхования\Полису

Я, _____

Новый Страхователь (Ф. И. О. – физическое лицо / наименование организации – юридическое лицо)

1. Заявляю о том, что получил(а) полную и подробную информацию о Договоре страхования\Полисе, права и обязанности по которому принимаю в качестве Страхователя, а также основные данные о АО «МетЛайф» (именуемое далее «Страховщик»).
2. Заявляю, что данные мной ответы на предложенные вопросы соответствуют истине. Принимаю к сведению, что в случае дачи ложных ответов Договор страхования считается недействительным с момента внесения изменения в Договор, и Страховщик освобождается от каких-либо обязательств по этому Договору страхования.
3. Даю свое согласие на то, что Страховщик, с целью оценки возможных рисков и проверки сведений вправе получать любую информацию и документы о состоянии моего здоровья в любых медицинских учреждениях (организациях), в т.ч. лечебно-профилактических учреждениях, фонде социального страхования и других страховых компаниях.
4. Настоящим заявляю, что вся информация предоставлена добровольно в интересах оформления данного Заявления на изменение Страхователя по Договору страхования. Согласен, что все утверждения, содержащиеся в настоящем Заявлении на изменение Страхователя, а также любые другие письменно сделанные у Страховщика заявления составляют основу Договора страхования, заключенного между мной и Страховщиком и, при необходимости, в соответствии с законодательными нормами, могут быть переданы в другие организации.
5. Принимаю условие Страховщика, в соответствии с которым страховая сумма может быть увеличена или уменьшена при оценке риска по данному Заявлению на изменение Страхователя.
6. Настоящим я подтверждаю, что, 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 являемся лицами, внесенными в списки лиц, подверженных санкциям в связи с легализацией (отмыванием) доходов, террористической и иной незаконной деятельностью, формируемые указанными странами и организациями, и соглашаюсь (-емя) 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.
Во исполнение требований Федерального закона Российской Федерации от 07.08.2001 г. N 115-ФЗ настоящим я подтверждаю, что Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель(-ли) не являемся иностранными публичными должностными лицами*, должностными лицами публичной международной организации, лицами, замещающими (занимающими) 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 или близкими родственниками. В ином случае обязуюсь заполнить «Заявление о принятии на обслуживание должностного лица» или «Уведомление о родстве с должностным лицом».
7. Настоящим подтверждаю, что по программе страхования «Дожитие с дополнительной выплатой в случае смерти» до 16, 18, 21 и 24 лет и от 15, 16, 17 лет на 10 лет в случае смерти Страхователя в результате несчастного случая получателем страхового обеспечения (Выгодоприобретателем) является Застрахованное Лицо (ребенок).
8. 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.
9. Предоставляю Страховщику право по своему усмотрению производить инвестиционную деятельность по соответствующим программам страхования и принимаю результат данной деятельности, при условии, что это не противоречит действующему законодательству РФ.
10. Согласен с тем, что все документы должны быть надлежащим образом заполнены и могут быть скреплены электронной или отпечатанной типографским способом подписью и печатью Страховщика. При этом стороны согласовали, что такая подпись на всех документах, подписываемых со стороны Страховщика для закрепления страховых правоотношений, будет считаться надлежащей подписью. Согласен с тем, что Договор страхования с учетом изменения Страхователя вступает в силу с даты, указанной в Дополнительном соглашении\Спецификации Полиса.
11. Подтверждаю, что в случае заполнения Заявления на изменение Страхователя и Декларации о здоровье не моим почерком текст мной прочитан и признан правильным.
12. Настоящим даю свое согласие получать информацию от АО «МетЛайф» и его партнеров, в том числе по сетям электросвязи (телефону, факсу, мобильной связи и электронной почте и т.д.).
13. 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 5 (пяти) лет после прекращения действия Договора страхования и может быть отозвано мной в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного мной письменного уведомления.
14. Понимаю и принимаю условие, что задолженность Прежнего Страхователя по Договору страхования\Полису (в случае наличия) переходит к Новому Страхователю.
15. Понимаю и принимаю условие, по которому в случае неоплаты очередного взноса по Договору страхования жизни такой взнос может быть оплачен автоматическим займом в соответствии с Полисными Условиями страхования. В этом случае данная Декларация считается заявлением на предоставление автоматического займа.
16. Понимаю и принимаю условие, что в случае, если Страхователь в течение 90 дней со дня подписания настоящего Заявления письменно не уведомил Страховщика о неполучении Договора страхования в полном объеме от предыдущего Страхователя (Спецификация Полиса, Дополнительные соглашения к договору страхования, Таблица выкупных сумм, Квитанция о получении полиса, Полисные Условия страхования) указанный Договор считается измененным с даты, указанной на Дополнительном Соглашении\Спецификации Полиса, и полученным новым Страхователем.
17. Настоящим соглашаюсь с тем, что все письменные документы по Договору страхования направляются Страхователю по адресу, указанному им в настоящем Заявлении 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.
18. Настоящим подтверждаю, что факт направления Страховщиком мне по почте Дополнительного Соглашения\Спецификации Полиса и других необходимых страховых документов также является акцептом Страховщика моего Заявления об изменении Страхователя и подтверждает принятие мной данных документов.
19. Во исполнение требований Федерального закона Российской Федерации от 28.06.2014 г. N 173-ФЗ настоящим я подтверждаю, что предоставленная выше информация о наличии/отсутствии у Страхователя, Застрахованного лица и назначенных Выгодоприобретателей 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) Страхователя, Застрахованного лица или Выгодоприобретателей, и/или получения вида на жительство в иностранном государстве указанными выше лицами, и/или приобретения статуса налогоплательщика иностранного государства указанными выше лицами, а также замены Страхователя и/или Выгодоприобретателя на лицо, имеющее гражданство/вид на жительство и/или статус налогоплательщика иностранного государства, обязуюсь уведомить об этом АО «МетЛайф» в течение 30 (тридцати) дней. Настоящим предоставляю АО «МетЛайф» право передавать информацию, указанную в Заявлении о страховании, приложениях к нему, и иную необходимую информацию в иностранный налоговый орган в целях исполнения требований законодательства о налогообложении иностранных счетов.

* 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).

Новый Страхователь _____

(Ф. И. О., должность для юридического лица)

(город)

(дата, подпись, печать)

Декларация о здоровье

Обязательна для заполнения в случае изменения Страхователя на физическое лицо. Заполняется Новым Страхователем (Все поля обязательны для заполнения)

№ Договора страхования _____

Годовой доход Страхователя (руб.):

до 500 000 500 001–750 000 750 0001–1 000 000 1 000 001–2 000 000 2 000 001–3 000 000 более 3 000 000

- 1) Имеете ли Вы нарушение здоровья, беспокоят ли Вас какие-либо боли / недомогание / плохое самочувствие, связанные с Вашим физическим или психическим состоянием? Если «да», пожалуйста, опишите характер и локализацию. Да Нет
- 2) Имя и адрес Вашего лечащего врача:
Поликлиника по добровольному медицинскому страхованию:
Поликлиника по обязательному медицинскому страхованию:
Стационары, в которых проходили лечение, и диагноз:
- 3) Являетесь ли Вы инвалидом или присваивалась ли Вам ранее инвалидность? Да Нет
- 4) Рост и вес
- 5) а) Дневное потребление табака сигарет
б) Недельное потребление алкоголя литров
Вид потребляемого алкоголя:
- 6) Принимаете ли Вы какие-либо лекарственные препараты или биологически активные добавки без консультации с врачом? Если «Да», пожалуйста, укажите в связи с чем и перечислите Да Нет
- 7) Находитесь ли Вы в настоящий момент или находились под наблюдением врача, на лечении, принимаете ли лекарства или у Вас проявлялись любые симптомы в связи со следующими заболеваниями или состояниями (если да, пожалуйста, опишите заболевания/состояния, ФИО врачей и названия лечебных учреждений в которых Вы находились на лечении, даты и т.п.): Да Нет
 - а) ишемическая болезнь сердца, инфаркт, цереброваскулярная болезнь, атеросклероз, заболевания или дефекты клапанов сердца, боли в груди, сердечные шумы, ревматическая атака, гипертоническая болезнь или повышенное артериальное давление, повышенный уровень холестерина в крови, другие заболевания сердечно-сосудистой системы? Да Нет
 - б) рак или другие злокачественные заболевания, болезни крови, полипы, кисты, фиброма, фиброаденома, лимфома, лейкоз или другие новообразования независимо от их локации, доброкачественности или злокачественности, инфекционные заболевания. Да Нет
 - в) диабет или повышенный уровень сахара в крови, тиреоидит, зоб или другие заболевания щитовидной железы, а также иные расстройства эндокринной системы? Да Нет
 - г) инсульт, транзиторная ишемическая атака или другие нарушения мозгового кровообращения, эпилепсия, головокружения, обмороки, судороги (конвульсии), параличи, черепно-мозговые травмы или любые другие расстройства нервной системы Да Нет
 - д) аллергия, астма, бронхит, обструктивная болезнь легких, саркоидоз туберкулез или другие заболевания легких и дыхательных путей? Да Нет
 - е) гепатит, панкреатит, холецистит, гастрит, пиелонефрит, гломерулонефрит, почечная недостаточность, миома или любое другое заболевание печени, желудка, кишечника, почек, мочевыводящих путей или репродуктивной системы? Да Нет
 - ж) заболевания или поражения органов зрения, слуха, обоняния, ротовой полости и горла Да Нет
 - з) неврит, ревматизм, ишиас, артрит или любые другие заболевания или поражения мышц, суставов, костной ткани, позвоночника. Да Нет
 - и) любые психические заболевания, невротические состояния (страхи, депрессии), алкогольная или наркотическая зависимость Да Нет
- 8) Находитесь ли Вы в настоящий момент под наблюдением врача, на лечении, принимаете ли лекарства в связи с каким-либо заболеванием или отклонением, не указанным выше? Укажите клинику и диагноз Да Нет
- 9) Получали ли Вы рекомендации врача, что Вам требуется или может потребоваться госпитализация или хирургические операции? Укажите клинику и диагноз Да Нет
- 10) Проводились ли Вам рентгенологические исследования, электрокардиография или другие диагностические обследования? Если «Да», пожалуйста, укажите их результат, клинику и диагноз Да Нет
- 11) Находились ли Вы на лечении в стационаре (госпитале, клинике, санатории или другом медицинском учреждении и т. д.), подвергались ли хирургическим операциям? Укажите клинику и диагноз Да Нет
- 12) Намереваетесь ли Вы обратиться к врачу за консультацией или пройти диагностическое обследование? Если «Да», укажите диагноз и клинику. Да Нет
- 13) Страдают или страдали ли Ваши родственники диабетом, повышенным артериальным давлением, сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями сердца, почек, опухолевыми заболеваниями, туберкулезом, психическими расстройствами или пороками развития? Были ли выявлены злокачественные новообразования? Если «Да», укажите возраст родственника, когда это произошло Да Нет
- 14) Консультировались ли лечились ли Вы в связи со СПИДом или другими заболеваниями, передающимися половым путем, говорили ли Вам, что Вы являетесь носителем ВИЧ? Была ли у Вас или Вам говорили, что у Вас положительная реакция при анализе крови на антитела ВИЧ Да Нет
- 15) Проявлялись ли у Вас когда-либо симптомы, причину которых Вы не могли объяснить, такие как: диарея, увеличение лимфатических узлов, необычные изменения кожи, повышенная утомляемость, потеря веса? Да Нет
- 16) **Только для женщин:** беременны ли Вы? При положительном ответе укажите срок беременности: недель
Только для мужчин: были ли Вы освобождены от воинской обязанности или уволены из Вооруженных Сил в связи с Вашим физическим или психическим состоянием? Да Нет
- 17) Занимаетесь ли Вы или планируете заняться каким-либо опасным видом спорта или деятельности, а именно: управление летательными аппаратами, дайвингом, парашютным спортом, гонками на скорость, мотоспортом, альпинизмом, охотой на диких животных, боксом или другими активными и опасными видами спорта или деятельности? Если «Да», пожалуйста, опишите подробно. Да Нет
- 18) Выезжали ли Вы за последние 2 года или планируете выезжать за пределы России, планируете ли жить за пределами России? Если ответ «Да», то укажите страну, цель и продолжительность предполагаемой поездки. Да Нет
- 19) Есть ли у Вас другие полисы страхования жизни или от несчастного случая и/или болезней? Пожалуйста, укажите вид страхования, название страховой компании и размер страхового покрытия Да Нет
- 20) Подавали ли Вы заявление на страхование или были застрахованы по программам страхования жизни, от несчастных случаев и/или болезней, которые были одобрены, отклонены, отложены, аннулированы или не возобновлены либо были изменены условия страхования. Да Нет

Описание положительных ответов (перед ответом укажите номер вопроса):

Заявляю, что данные мной ответы соответствуют действительности. Проинформирован, что в случае дачи мной ложных ответов или сокрытия информации, Страховщик вправе требовать признания Договора недействительным в соответствии с действующим законодательством.

Новый Страхователь _____

(Ф. И. О., должность для юридического лица)

(город)

(дата, подпись, печать)