РГС ЖИЗНЬ

Заявление на выход из редукции договора страхования жизни

Дата приема заявления «_____»_____________________20____г. ФИО 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 измененных условий после выхода из редукции) страховых платежей (взносов) по договору страхования жизни до конца периода уплаты взносов (кроме договоров страхования, заключенных по программе «Марс»)

☐ С изменением (уменьшением) страховых сумм по договору страхования жизни, включая дополнительные риски, восстанавливаемые при выходе договора из редукции (кроме договоров страхования, заключенных по программе «Марс»)

☐ без дополнительных рисков

Указанная ниже декларация не относится к договорам страхования, заключенных 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 «СК «РГС-Жизнь» 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 «ребенок-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 не неизвестно, что Страхователь/Застрахованное лицо является носителем ВИЧ. Я утверждаю, что сведения, приведенные выше, соответствуют действительности, и я понимаю, что характер этих сведений является основанием для возобновления Договора страхования между мной и ООО «СК «РГС–Жизнь». 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 свое согласие на предоставление медицинскими учреждениями, страховыми организациями, Фондом обязательного медицинского страхования, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» по запросу ПАО «Росгосстрах» и ООО «СК«РГС-Жизнь» 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 (ребенка), в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие на предоставление медицинскими учреждениями, страховыми организациями, Фондом обязательного медицинского страхования по запросу ПАО «Росгосстрах» и ООО «СК«РГС-Жизнь» 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 ФИО

Агент ____________/_____________________________________ Дата «_____»_____________________20____г.
подпись ФИО