

Я, (ФИО) _____,
являясь Страхователем по договору страхования (полису)
серия _____ № _____ прошу не расторгать со мной вышеуказанный
договор страхования.

Подтверждаю, что за период с предполагаемой даты расторжения договора страхования
_____ г. по текущую дату, страховых событий с Застрахованными
_____ не происходило.

Я понимаю и согласен с тем, что страховая защита в течение данного периода не
действует, страховые резервы по договору не пересчитываются и начисление на них
дополнительного инвестиционного дохода не проводится.

Я согласен с тем, что решение вопроса о действии моего договора страхования на прежних
условиях (до даты расторжения) принимает руководство компании и компания вправе
отказать мне в этом.

Просим Вас ответить на дополнительные вопросы:

1) Был ли Застрахованному диагностирован COVID-19?

ДА НЕТ

2) Была ли госпитализация в связи с данным диагнозом?

ДА НЕТ

Если ДА на любой вопрос выше, то какой диагноз был поставлен? Укажите
степень дыхательной недостаточности (при 3-ей степени могут потребоваться
дополнительные документы):

Страхователь: _____ ФИО _____ Подпись _____

Дата оформления « _____ » _____ 20 _____ г.

Телефон для связи: _____