

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: \_\_\_\_\_