



# GENERALI PPF

## Страхование жизни

ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни», лицензия ФССН С № 3609 77,  
Адрес: 125040, г. Москва, ул. Правды, д.8, стр.1, Телефон 8-800-250-82-00; (495) 785-82-00, Факс: (495) 785-82-09

### ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

Я, ФИО \_\_\_\_\_,  
являясь Страхователем по договору страхования (полису) № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_»  
\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. прошу не расторгать со мной вышеуказанный договор страхования, учитывая следующие  
причины: \_\_\_\_\_

Подтверждаю, что за период с даты расторжения договора страхования \_\_\_\_\_ г. по дату погашения мною  
задолженности по оплате взносов \_\_\_\_\_ г. страховых событий с Застрахованным  
\_\_\_\_\_ не происходило.

Я понимаю и согласен с тем, что страховая защита в течение данного периода не действовала, страховые резервы по  
договору не формировались и начисление на них дополнительного инвестиционного дохода не проводилось. Обязуюсь  
впредь выполнять условия договора страхования надлежащим образом и в срок.

**ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВЕРЬТЕ ПРАВИЛЬНОСТЬ РАСЧЕТА ЗАДОЛЖЕННОСТИ!**  
**в случае недоплаты полис не может быть восстановлен**

Задолженность по оплате взносов в размере \_\_\_\_\_ руб. мною погашена.

**ВНИМАНИЕ! Задолженность на момент заполнения заявления должна быть оплачена полностью  
(учитываются все пропущенные взносы).**

Копию квитанции об оплате задолженности прилагаю

Дата заполнения заявления «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Страхователь: \_\_\_\_\_  
ФИО Подпись

Застрахованный: \_\_\_\_\_

Телефон для связи: \_\_\_\_\_

| Заполняется агентом  | Заполняется сотрудником ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни» |
|--|---|
| Дата принятия заявления «____» _____ 20__ г.   | Дата принятия заявления «____» _____ 20__ г.                  |
| Ф.И.О. агента (консультанта) _____   | Ф.И.О. сотрудника _____                                       |
| Подпись _____  | Подпись _____   |
| Номер агентства <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |   |