

To:
Medlife Insurance Ltd.
Alpha Business Centre
27 Pindarou Street, 3rd Floor
Block B
CY-1060 Nicosia
Cyprus

**ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УТЕРЕ ПОЛИСА
(действительно только в сочетании с бланком
заявления на изменение страхователя)/
LOST POLICY DECLARATION
(valid only as part of form for change of policyholder)**

Номер полиса / Policy number: _____ Дата выдачи/ Date of issue: _____

Имя владельца/бенефициара полиса / Name of policy owner(s)/beneficiary(-ies): _____

Адрес/ Address: _____

Я (мы) заявляю(-ем) об утере полиса (причина) / I (we) declare that the above policy has been lost/destroyed. (Please state reason): _____

Как владелец/бенефициар (ненужное зачеркнуть) вышеуказанного полиса, я (мы) заявляю(-ем), что данный полис больше не считается действительным, и обязательства Medlife Insurance Ltd передо мной (нами) исчерпаны.

Далее, я (мы) заявляю -ем), что данный полис не заложен, и никоим образом не может быть использован с целью юридических исков по отношению к страховщику Medlife Insurance Ltd.

Я (мы) обязуюсь(-емся) компенсировать Medlife Insurance Ltd.:

- все убытки, связанные со страховыми выплатами, произведенными без предоставления оригинала полиса;
- а также все убытки, если полис, который был признан недействительным, предоставлен третьим лицом, пытающимся неправомерно им воспользоваться.

As the owner(s)/beneficiary(-ies) (delete as applicable) of the above policy I/we declare that the original document shall be void and no longer binding for Medlife Insurance Ltd.

Further I (we) declare that I (we) have not assigned, mortgaged, pledged or otherwise dealt with the said policy in any way and no person holds a lien on it or may raise a justified claim against Medlife Insurance Ltd. with reference to this policy.

I (we) will compensate Medlife Insurance Ltd. for all damages arising from the fact that insurance payments have been made without delivery of the original policy document, or if the policy that has been declared void, will be delivered by a third person attempting to gain a legal advantage from it.

Дата рождения застрахованного лица / Date of birth of the insured person(s): _____

Дата и место/ Place and date

Подпись владельца/бенефициара полиса/ Signature of the policy owner(s)/the beneficiary(-ies)