

ЗАЯВЛЕНИЕ

от

г.

к Договору страхования № от г.

Дата фактического получения договора страхования / полиса: г.

Дата оплаты страховой премии (первого страхового взноса): г.

К кредитному договору № (если применимо): г. статус кредитного договора:

Дата полного досрочного погашения кредита (если применимо): г.

Остаток ссудной задолженности по кредиту (если применимо): руб.

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ - СТРАХОВАТЕЛЕ/НАСЛЕДНИКЕ/ПРЕДСТАВИТЕЛЕ/ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЕ (нужное подчеркнуть):

ФИО (полностью)

Дата рождения: г. Моб. Телефон:

ИНН: Доп. контакты:

Место рождения: Страна рождения:

Гражданство (указать все, если несколько):

Наименование документа, удостоверяющего личность:

Серия, номер: Дата выдачи: Код подразделения

Наименование органа, выдавшего документ:

Адрес для направления корреспонденции:

Дополнительно для иностранных лиц и лиц без гражданства необходимо предоставить данные миграционной карты.

Серия, номер: Дата начала срока пребывания: Дата окончания срока пребывания:

Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ:

Наименование документа: серия, номер:

Дата начала и дата окончания срока действия права пребывания (проживания) в РФ с: по:

СВЕДЕНИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ/НАСЛЕДНИКЕ (нужное подчеркнуть):

ФИО (полностью)

Номер и дата доверенности (только для Представителя):

Дата рождения: г.

ИНН:

Дата смерти (только при обращении Наследника): г.

ПРИЧИНА ОБРАЩЕНИЯ (выбрать нужно):

☐	ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ:	Проставляя ниже подпись, Заявитель отказывается в полном объеме от вышеуказанного договора страхования
☐	ВОЗВРАТ ИЗЛИШНЕГО ВЗНОСА/ ВЫПЛАТА ВЫКУПНОЙ СУММЫ ПОСЛЕ РАСТОРЖЕНИЯ СТРАХОВЩИКОМ	Проставляя ниже подпись, Заявитель просит вернуть ошибочно уплаченные денежные средства или выплатить выкупную сумму после расторжения договора Страховщиком (если подлежит возврату по итогам рассмотрения Заявления) Примечание: если договор действует на дату предоставления заявления Заявителем, то его действие <u>не прекращается</u> в связи с возвратом излишне (ошибочно) уплаченных денежных средств.

Примечания (указать при необходимости):

Если Заявитель является налоговым резидентом иностранного государства, заполните, пожалуйста, данные, содержащиеся в полях с признаком (*):

Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства*:

США*: Да Нет Другая страна*: Да Нет Если "да", указать страну*:

ИНН США*: ИНН другой страны

✓ Подпись Заявителя:

1 Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

Денежные средства, если они подлежат выплате Страховщиком по итогам рассмотрения Заявления, Заявитель просит перечислить в форме безналичных расчетов по следующим реквизитам в сроки, порядке и на условиях, которые установлены договором страхования.

ВАЖНО! Для перечисления средств через ПАО Сбербанк заполнить только поля «Наименование», «БИК» и «лицевой счет». Для перечисления через другие банки - все поля обязательны для заполнения.

Получатель:
Наименование банка (и его отделения):
Адрес и телефон банка:

БИК:

ИНН банка:

Лицевой счет Получателя:

№ пластиковой карты Получателя (для перечислений на карту):

Подписывая настоящее Заявление, Заявитель подтверждает, что:

1) не является публичным должностным лицом (в том числе: иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена Совета Директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственной корпорации и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ), а также супругом (-ой) и/или родственником такого публичного должностного лица. В ином случае Заявитель обязуется предоставить подтверждающие вышеназванные данные документы.

2) не имеет регистрации, места жительства / нахождения, счета в банке, зарегистрированном в государстве (на территории), которое (-ая) не выполняет рекомендации ФАТФ (Группа разработки финансовых мер борьбы с отмыванием денег), не является субъектом санкций Управления по контролю за иностранными активами Министерства финансов США и Европейского Союза.

3) подтверждает согласие на обработку информации, идентифицирующей Заявителя (Выгодоприобретателя) в качестве иностранного налогоплательщика. Заявитель (Выгодоприобретатель) подтверждает согласие на предоставление сведений о Заявителе (Представителе) в иностранный налоговый орган и (или) иностранным налоговым агентам в порядке и объеме, с учетом требований Федерального закона №173-ФЗ от 28.06.2014 «Об особенностях осуществления финансовых операций с иностранными гражданами и юридическими лицами, о внесении изменений в Кодекс РФ об административных правонарушениях и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов РФ».

3) бенефициарным владельцем (физическим лицом, которое имеет возможность контролировать действия клиента) является Страхователь.

4) вся указанная в данном Заявлении информация (в т.ч. указанная в Декларации) является полной и достоверной.

Подписывая настоящее заявление, а равно совершая любое действие, свидетельствующее о волеизъявлении (об акцепте и (или) оферте настоящего документа), Заявитель также просит осуществить возврат излишне уплаченной по договору страховой премии (при наличии).

Подписывая настоящее заявление, а равно совершая любое действие, свидетельствующее о волеизъявлении (об акцепте и (или) оферте настоящего документа), Заявитель подтверждает отзыв:

а) всех ранее поданных, но не урегулированных заявлений о внесении изменений в условия договора страхования;

б) всех ранее поданных, но не урегулированных заявлений о прекращении договора страхования.

В случае непредоставления Заявителем при подаче Заявления о прекращении договора страхования оригинала справки, выданной налоговым органом, подтверждающей неполучение / получение налогоплательщиком социального налогового вычета, и удержания Страховщиком при расторжении указанного в Заявлении договора страхования суммы налога на доходы физических лиц, Страховщик вправе в последующем при получении из налогового органа информации о неполучении налогоплательщиком социального налогового вычета осуществить возврат ранее удержанного налога при наличии соответствующих оснований.

Заявитель также просит осуществить по указанному в настоящем заявлении договору страхования, все страховые выплаты (в том числе выплаты Дополнительного инвестиционного дохода) по страховому (-ым) риску (-ам) «дожитие», которые согласно условиям договора страхования полагаются Заявителю, как по заявленным ранее событиям, так и по событиям, о которых Страховщик уведомлен не был, даты наступления которых произошли до даты расторжения/прекращения договора страхования (в случае наличия таких событий). При этом, Заявитель просит не рассматривать прекращение договора страхования в качестве обстоятельства, прекращающего обязательства по указанным в настоящем абзаце выплатам.

Подписывая заявление, а равно совершая любое действие, свидетельствующее о волеизъявлении (об акцепте и (или) оферте настоящего документа), Я, Заявитель, добровольно выражаю свою волю на присоединение к «СОГЛАШЕНИЮ О ПОРЯДКЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С КЛИЕНТАМИ ООО СК «СБЕРБАНК СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ» ПО УДАЛЕННЫМ КАНАЛАМ ОБСЛУЖИВАНИЯ» (далее-Соглашение ЭДО), размещенному на официальном интернет-сайте ООО СК «Сбербанк страхование жизни» по адресу <https://www.sberbank-insurance.ru>, подтверждаю, что ознакомлен с текстом указанного выше Соглашения ЭДО и принимаю все его условия без каких-либо оговорок.

✓ (подпись) (фамилия, инициалы Заявителя) г. (дата Заявления)

Служебные отметки:

Дата и время предоставления заявления заявителем ч мин г.

Наименование ТБ Номер ВСП

Сотрудник Банка / (ФИО)

Номер мобильного телефона сотрудника Банка

Внимательно ознакомьтесь с условиями досрочного прекращения договора страхования	
ШАГ 1	Подсказка: проверьте срок для отказа от договора страхования с возвратом денежных средств / их части (указывается в договоре страхования (в приложениях к нему)). В поле "примечание" под блоком причины обращения можно указать причину отказа от договора. Для отказа от договора страхования с возвратом денежных средств / их части (если предусмотрено) важно предоставить Страховщику все необходимые документы в строго определенный срок. Подсказка: перед тем, как отказаться от страхования, пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с соответствующими условиями договора страхования (в т.ч. приложениями к нему). Обратите особое внимание на случаи, когда уплаченная премия не подлежит возврату или выкупная сумма (если предусмотрена договором страхования) равняется нулю. Важно! В случае, если за выплатой выкупной суммы обращается Страхователь, однако, страховые взносы были уплачены иным лицом, с выкупной суммы будет удержан налог.
Подготовьте / соберите нужные документы	
ШАГ 2	Подсказка: Ниже в памятке приводится общий список возможных документов, однако, помните, что собирать документы следует с учетом конкретной ситуации, в зависимости от обстоятельств и причин прекращения. Все необходимые документы следует заблаговременно подготовить (заверить, где это требуется) и приложить к заявлению. Это важно для ускорения рассмотрения заявления и для вашего удобства.
Представьте документы в отделение ПАО Сбербанк (или непосредственно Страховщику)	
ШАГ 3	Подсказка: Контактную информацию и образцы заявлений можно получить на интернет-сайте Страховщика www.sberbank-insurance.ru. Также вы можете обратиться в службу клиентской поддержки компании (Страховщика) по тел.: 900 (бесплатный номер для звонков с мобильных по России); + 7 (495) 500 55 50 (номер для звонков из любой точки мира; бесплатный по Москве, платный в иных случаях).

Перечень документов, предоставляемых Страховщику:

Документы:	
ВСЕГДА	• Подписанный Заявителем и корректно заполненный оригинал Заявления о прекращении договора страхования по установленной Страховщиком форме; • Копия документа, удостоверяющего личность Заявителя (с копией страницы, содержащей данные о регистрации); • Копия договора страхования с приложением всех оформленных дополнительных соглашений; • Платежный документ, подтверждающий оплату (желательно). • Согласие на обработку ПДн, подписанное Заявителем
ДОПОЛНИТЕЛЬНО	Для наследников: Оригинал или нотариально заверенная копия Свидетельства о праве на наследство в отношении договора страхования.
	Для представителей: Оригинал или нотариально заверенная копия доверенности (иного документа, подтверждающего полномочия).
	В случае досрочного погашения кредита: Оригинал Справки, подтверждающей полное досрочное погашение кредита, с обязательным указанием даты погашения кредита.
	Для договоров страхования жизни сроком 5 лет и более: Оригинал справки, выданной налоговым органом, подтверждающей неполучение / получение налогоплательщиком социального налогового вычета. Подсказка: при выплате выкупной суммы (если предусмотрена договором страхования и не равняется нулю). Страховщиком может подлежать удержанию сумма налога, которая исчисляется в соответствии с положениями Налогового кодекса Российской Федерации. Во избежание подобного удержания следует предоставить Страховщику соответствующую справку, выданную налоговым органом. Если справка о неполучении налогового вычета будет предоставлена Страховщику, Страховщик выплатит выкупную сумму без удержания НДФЛ. Страховщик исчисляет, удерживает и уплачивает в бюджет налог на доходы физических лиц со взносов по Договору страхования, оплаченных начиная с 1 января 2015г. за каждый календарный год, в котором налогоплательщик имел право на получение социального налогового вычета, а также если срок действия договора страхования жизни 5 и более лет.

ВАЖНО! В Памятке приведены наиболее распространенные документы. Страховщик оставляет за собой право запросить иные документы, если это предусмотрено условиями договора страхования (приложениями к нему) или действующим законодательством Российской Федерации.

При заполнении Заявления следует корректно и полно указывать всю необходимую информацию. При обращении представителей рекомендуется указывать реквизиты Страхователя (а не Представителя).

При расторжении договора страхования Выгодоприобретателем, который не является Страхователем, вопрос о выплате денежных средств (если полагаются) может быть рассмотрен только на основании обращения Страхователя (наследников).

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Субъект персональных данных (далее именуемое «Заявитель», «субъект ПДн»)

(фамилия, имя, отчество, адрес, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

1.1. дает согласие Обществу с ограниченной ответственностью страховой компании «Сбербанк страхование жизни» (далее - ООО СК «Сбербанк страхование жизни» или «Страховщик»), адрес 121170, Москва, ул. Поклонная, д. 3 корп.1, на обработку (сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение, совершаемые с использованием средств автоматизации и без использования средств (неавтоматизированная обработка) нижеперечисленных персональных данных, с целью изменения, исполнения и прекращения Договора страхования:

фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; семейное положение; социальное положение; имущественное положение; доходы; адрес места жительства/места пребывания/фактического проживания/ почтовый адрес; данные документа, удостоверяющего личность; номер страхового пенсионного свидетельства (СНИЛС); идентификационный номер налогоплательщика (ИНН); гражданство; резидент, налоговый резидент Российской Федерации; наличие вида на жительство в иностранном государстве; статус налогового резидента иностранного государства; банковские реквизиты; данные миграционной карты; данные документа, подтверждающего право пребывания/проживания на территории РФ; контактная информация, состояние здоровья, сведения о наличии несчастных случаев, повлекших травмы; сведения о наличии инвалидности и оснований ее установления и т.п.

1.2. дает согласие ООО СК «Сбербанк страхование жизни» на поручение обработки/передачу персональных данных:

- ПАО Сбербанк (ОГРН 1027700132195, адрес: 117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19) с целью оказания ПАО Сбербанк ему услуги по предоставлению информации, связанной с Договорами страхования (включая изменение, исполнение и прекращение Договора страхования) в Системе «Сбербанк Онлайн», СБОЛ.ПРО, реализации процесса взаимодействия с ним, в том числе путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи, по вопросам оказания страховых услуг ООО СК «Сбербанк страхование жизни», хранения в системах Банка Страхового полиса, а также в целях исполнения заключенного Страховщиком Договора страхования;
- иным третьим лицам, в соответствии с перечнем третьих лиц, размещенным на веб-сайте <https://sberbank-insurance.ru/> (вкладка – Общие документы).

1.3. дает согласие на осуществление трансграничной передачи персональных данных на территорию иностранных государств в целях взаимодействия с ассистанскими компаниями/сервисными компаниями/ медицинскими организациям/ иными лицами с которыми у ООО СК «Сбербанк страхование жизни» заключен договор для целей организации оказания медицинских услуг застрахованному лицу в счет осуществления Страховщиком страховой выплаты (страховой суммы) в целях исполнения договора страхования стороной которого или Выгодоприобретателем (Застрахованным) по которому является Субъект ПДн, по заявленным событиям, имеющим признак страхового случая, принятия решения по страховому событию в рамках исполнения договора страхования, если такой был заключен.

1.4. выражает свое добровольное согласие на передачу своих персональных данных (в порядке и объеме, предусмотренных Налоговым кодексом Российской Федерации), содержащихся в настоящем согласии, ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (адрес: 121170, г. Москва, ул. Поклонная, д. 3, корпус 1) в ФНС России (адрес: 127381, г. Москва, ул. Неглинная, д. 23) в целях получения им в упрощенном порядке социального налогового вычета (если такой вычет полагается по договору страхования).

Обработка персональных данных будет осуществляться ООО СК «Сбербанк страхование жизни» и третьими лицами исключительно в составе, необходимом для достижения вышеназванных целей при их возникновении.

1.5. дает свое согласие на предоставление ООО СК «Сбербанк страхование жизни» любыми медицинскими организациями (лечебно-профилактическими учреждениями, учреждениями здравоохранения особого типа), у которых субъект ПДн проходил лечение, находится или находился под наблюдением, сведений о факте его обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии его здоровья и диагнозе (прогнозе), иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, а также дает согласие на предоставление ООО СК «Сбербанк страхование жизни» данных по факту своей смерти из Социального фонда России (включая его отделения), из органов записи актов гражданского состояния, иных органов/ организаций/ учреждений, располагающих такой информацией. Субъект ПДн согласен, что получение ООО СК «Сбербанк страхование жизни» сведений о нем, в том числе составляющих врачебную тайну, может осуществляться в любом виде, в любой форме (в том числе в форме справок, актов, заключений, результатов обследований), в любое время, в том числе в случае его смерти.

2.1. дает согласие ООО СК «Сбербанк страхование жизни», на обработку (сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение) извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение, трансграничная передача, совершаемые с использованием средств автоматизации и без использования средств (неавтоматизированная обработка)) персональных данных, а также на поручение обработки, передачу персональных данных ПАО Сбербанк (ОГРН: 1027700132195, адрес: 117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19) с целью адаптации и совершенствования предоставляемых услуг и предложений, а также взаимодействие и обмена информацией с субъектом персональных данных по вопросам продвижения страховых услуг ООО СК «Сбербанк страхование жизни» и (или) продвижения товаров (работ, услуг) ПАО Сбербанк, в том числе путем осуществления прямых контактов с субъектом персональных данных с помощью средств связи: фамилия, имя, отчество; дата рождения; адрес места жительства/ пребывания/ фактического проживания; контактные данные (адрес электронной почты, номер мобильного телефона). Также субъект персональных данных дает согласие на получение от ООО СК «Сбербанк страхование жизни» и ПАО Сбербанк предложений о страховых услугах ООО СК «Сбербанк страхование жизни» и (или) товаров (работ, услуг) ПАО Сбербанк по сетям электросвязи (в том числе, по телефону, факсу, мобильной связи и электронной почте), а также на осуществление иной коммуникации (в том числе, через Почту России и (или) курьерские службы).

3.1. подтверждает, что уведомлен(а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие действует:

- в течение срока действия договора, заключенного ООО СК «Сбербанк страхование жизни» с субъектом персональных данных (в отношении субъекта персональных данных и 5 (пять) лет от даты прекращения такого договора страхования, если более длительный срок обработки персональных данных не предусмотрен требованиями законодательства;
- если оно не было отозвано путем представления письменного обращения за подписью субъекта персональных данных в ООО СК «Сбербанк страхование жизни» по адресу: 121170, Москва, ул. Поклонная, д. 3 корп.1 с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Субъект ПДн уведомлен о том, что в случае отзыва им настоящего согласия ООО СК «Сбербанк страхование жизни» вправе продолжить обработку его персональных данных без его согласия при наличии оснований, указанных в пп.2-11 ч.1 ст.6, ч.2 ст.10 и ч.2 ст.11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». С порядком и возможными последствиями отзыва настоящего согласия ознакомлен.

Субъект ПДн ознакомлен с Политикой обработки и защиты персональных данных ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (размещен на веб-сайте <https://sberbank-insurance.ru/> (вкладка – Общие

документы)), с перечнем третьих лиц (размещен на веб-сайте <https://sberbank-insurance.ru/> (вкладка – Общие документы)), которым передаются/поручается обработка персональных данных.

«__» _____ 202__ года

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)