

### ЗАЯВЛЕНИЕ-ОФЕРТА НА ВОЗОБНОВЛЕНИЕ

Договора страхования  №  от  г.

Настоящим Заявлением, являющимся офертой (далее – Заявление), Страхователь в соответствии со ст. 435 ГК РФ предлагает Страховщику восстановить вышеуказанный договор добровольного страхования (далее - Договор страхования) на условиях, действующих на дату, предшествующую дате расторжения (досрочного прекращения) Договора страхования (без изменения существенных условий Договора страхования).

Договор страхования возобновляет свое действие путем акцепта Страховщиком настоящего Заявления, подписанного и представленного Страхователем Страховщику. На основании ст. 435, 438 и п. 2 ст. 940 ГК РФ акцептом настоящего Заявления считается: направление Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения настоящего Заявления, Страхователю уведомления в письменном виде, с указанием размера задолженности страховых платежей (взносов) по Договору страхования, подлежащей уплате Страхователем, и принятие Страховщиком денежных средств, уплаченных Страхователем для погашения задолженности по уплате страховых платежей (взносов) по Договору страхования в срок, установленный в разделе 3 настоящего Заявления. При этом уведомление посредством смс-сообщений на номер мобильного телефона согласно раздела 1 настоящего Заявления, рассматривается как надлежащее уведомление и считается сделанным в письменной форме.

#### 1. СВЕДЕНИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ:

ФИО (полностью) \_\_\_\_\_

Дата рождения:  г. Моб. Телефон:

ИНН:  Доп. контакты:

Место рождения (в т.ч. 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: \_\_\_\_\_

Если Страхователь является 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\*: \_\_\_\_\_

Наличие вида на жительство в иностранном государстве\*:  Да  Нет Если "да", указать страну\*: \_\_\_\_\_

ИНН США\*: \_\_\_\_\_ ИНН другой страны \_\_\_\_\_

#### 3. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ:

3.1. Для восстановления Договора страхования Страхователю необходимо оплатить задолженность по уплате страховых платежей (взносов) по Договору страхования:

3.1.1. Размер задолженности Страховщик сообщает Страхователю в письменном уведомлении, путем направления смс-сообщения;

3.1.2. Страховой платеж (взносы) уплачивается Страхователем в рублях, путем наличных и безналичных расчетов (способы оплаты), в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты направления Страховщиком письменного уведомления (не считая дату отправления), но не позднее 30 (тридцати) рабочих дней с даты подписания Страхователем настоящего Заявления.

При оплате страхового платежа (взносов) путем перевода денежных средств в рамках применяемых форм безналичных расчетов обязательства Страхователя перед Страховщиком по оплате задолженности страховых платежей (взносов) считаются исполненными в сумме, указанной в распоряжении о переводе денежных средств, с момента подтверждения его исполнения обслуживающей Страхователя кредитной организацией (день оплаты).

3.1.3. Если Страхователем нарушен срок для уплаты страхового платежа (взносов), указанный выше в п. 3.1.2, и (или) страховой платеж (взносы) оплачен в размере меньшем, чем указан в письменном уведомлении, направленном Страховщиком Страхователю, Страховщик вправе не принять оплату задолженности страховых платежей (взносов), о чем уведомляет Страхователя:

- в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика;
- путем письменного уведомления, посредством смс-сообщения;

3.1.3. В случае, если Страховщик не принял страховой платеж (взносы), Договор страхования считается не действующим, а уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения.

#### 4. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. Акцептом Страховщик подтверждает, что Договор страхования признается действующим со дня следующего за днем его расторжения (досрочного прекращения) до даты, указанной в Договоре страхования, как дата окончания срока действия Договора страхования на условиях, действующих на дату, предшествующую дате расторжения (досрочного прекращения) Договора страхования (без изменения существенных условий Договора страхования).

4.2. При восстановлении Договора страхования до окончания периода уплаты страховых взносов, возобновляется обязанность Страхователя оплачивать очередные страховые взносы в порядке, размере и сроки, определенные Договором страхования.

4.3. По Договору страхования, предусматривающему участие Страхователя в инвестиционном доходе Страховщика, порядок начисления дополнительного инвестиционного дохода определяется положениями Договора страхования и Правил страхования, на основании которых заключен Договор страхования.



Подпись Заявителя:

г.  
(дата Заявления)

**Подписывая настоящее Заявление, Страхователь подтверждает, что:**

- 1) по Договору страхования, о восстановлении которого было подано настоящее Заявление, не производились страховые выплаты, выплата выкупной суммы и/или выкупная сумма, подлежащая выплате в соответствии с условиями Договора страхования не засчитывалась в качестве уплаты страховой премии (страхового (-ых) взноса (-ов)) по другому (-им) договору (-ам) страхования;
- 2) в период недействия договора не происходили и не заявлялись события, имеющие признак страхового случая ( в соответствии с правилами/условиями страхования);
- 3) с момента досрочного прекращения (расторжения) Договора страхования до даты оформления настоящего Заявления прошло не более 23 месяцев;
- 4) Договор страхования, о восстановлении которого было подано настоящее Заявление, содержит страховой риск Дожитие и заключен на срок 5 лет или более;
- 5) период действия Договора страхования с даты вступления в силу до даты его расторжения (досрочного прекращения) составлял - не менее 12 месяцев (при ежегодном порядке оплаты страховой премии) - не менее 7 месяцев (при порядке оплаты страховой премии, отличном от ежегодного);
- 6) Страхователь (Застрахованное лицо) не является публичным должностным лицом (в том числе: иностранным публичным должностным лицом, международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена Совета Директоров должностным лицом публичных 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 Страхователь обязуется предоставить подтверждающие вышеназванные данные документы. Страхователь утверждает, что сведения, приведенные выше, соответствуют действительности, и понимает, что характер этих сведений является основанием для возобновления Договора страхования между мной и ООО СК "Сбербанк страхование жизни" . Понимает и согласен с тем, что ложные сведения, если они приведены выше, а также сокрытие фактов, касающихся нарушений здоровья Страхователя (Застрахованного лица), дают Страховщику право отказать в страховой выплате;
- 7) 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;
- 8) бенефициарным владельцем (физическим лицом, которое имеет возможность контролировать действия клиента) является Страхователь и целью установления им деловых отношений со Страховщиком является получение страховой услуги;
- 9) вся указанная в данном Заявлении информация является полной и достоверной.

Выражаю согласие, что персональные данные, указанные в договоре страхования жизни (Страховом полисе), заявлении на заключение договора страхования (заявление на страхование), декларации заявителя, страхователя, застрахованного лица могут быть переданы ООО СК «Сбербанк страхование жизни» обработчиком, ООО «Сбербанк страхование жизни» вправе поручить обработку персональных данных обработчику. Перечень действий с персональными данными и общее описание используемых способов обработки, которыми обработчики вправе обрабатывать персональные данные, отражены в договоре страхования (полисе), заявлении на заключение договора страхования жизни (заявлении на страхование), декларации заявителя, страхователя, застрахованного лица. К обработчикам относятся ПАО "Сбербанк"(ОГРН:1027700132195), адрес места нахождения: г. Москва (117997, Москва, ул. Вавилова, 19), АО "Интерком" (ОГРН:1067746798008), адрес места нахождения: г. Москва (121357, Москва, ул. Верейская, 29, стр.33, эт.4 комн.№27 ), страховые агенты и иные третьи лица, осуществляющие обработку персональных данных в рамках и на основании заключенных ООО СК «Сбербанк страхование жизни» с этими лицами договоров / соглашений (агентские, договоры о сотрудничестве, возмездного оказания услуг, хранения, обеспечении конфиденциальности и безопасности, перестрахования и др.) в целях и / или в связи с оказанием страховой услуги. Перечень обработчиков, не указанных в настоящем документе, указан на официальном сайте Страховщика по адресу: <https://sberbank-insurance.ru>.

\_\_\_\_\_  
(подпись) / (Ф.И.О.)

Если далее в настоящем абзаце не проставлена соответствующая отметка, Страхователь предоставляет Страховщику согласие связываться с ним для уточнения сведений, содержащихся в настоящем Заявлении (приложениях к нему и сопутствующих документах).

Отметить при несогласии:  не согласен.

*Для восстановления Договора страхования Страховщик вправе установить любое (-ые) из следующих условий:*

- предоставление Страхователем (Застрахованным лицом) дополнительных сведений/документов;
- уточнение Страхователем (Застрахованным лицом) предоставленных Страховщику сведений.

*Порядок выполнения дополнительных условий:*

*Для выполнения вышеуказанных условий Страховщик запрашивает недостающие (требующие уточнения) сведения и (или) документы в объеме, не противоречащем Правилам страхования, на основании которых заключен Договор страхования, и законодательству Российской Федерации.*

✓ \_\_\_\_\_ г.  
(подпись) (фамилия, инициалы Заявителя) (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 \_\_\_\_\_