

**ПАМЯТКА**  
по опции "Дополнительный страховой взнос/Топ-ап"

<b>Внимательно ознакомьтесь с условиями исполнения опции "Дополнительный страховой взнос/Топ-ап"</b>	
<b>ШАГ 1</b>	<p><b>Подсказка:</b> Возможно внести дополнительный взнос по действующему договору без увеличения срока действия договора в любую из предложенных Страховщиком дат. При этом происходит увеличение страховой суммы по рискам "Дожитие Застрахованного лица до установленной даты (Дожитие)" и "Смерть Застрахованного лица (Смерть)" каждая на величину дополнительного взноса.</p> <p><b>Подсказка:</b> Страхователь должен оплатить дополнительный взнос в полном объеме, в срок не позднее, чем за 5 (Пять) рабочих дней до даты внесения изменений. Если договор страхования выражен в иностранной валюте, оплата производится в рублях по курсу на дату оплаты.</p> <p>Для внесения изменений потребуется оформить дополнительное соглашение по установленной Страховщиком форме.</p>
<b>Подготовьте нужные документы</b>	
<b>ШАГ 2</b>	<p><b>Подсказка:</b> Ниже в памятке приводится общий список необходимых документов для проведения опции "Дополнительный страховой взнос/Топ-ап"; Оформить документы на опцию "Дополнительный страховой взнос/Топ-ап" может только Страхователь.</p> <p>Все необходимые документы следует заблаговременно подготовить и направить Страховщику в установленный срок. Это важно для возможности внести изменения и для вашего удобства. Несвоевременно предоставленные документы не подлежат рассмотрению Страховщиком.</p> <p>По итогам рассмотрения документов Страховщик оставляет за собой право отказать во внесении изменений (например, при изменении сведений о Застрахованном лице и увеличении степени страхового риска).</p>
<b>Представьте документы в отделение ПАО Сбербанк (или непосредственно Страховщику)</b>	
<b>ШАГ 3</b>	<p><b>Подсказка:</b> Для передачи пакета документов через ПАО Сбербанк следует обратиться в отделение, где был оформлен договор страхования. После обращения сотрудник Банка подготовит пакет документов и передаст его Страховщику.</p> <p>Форму Заявления Клиент может распечатать самостоятельно в Личном кабинете на интернет-сайте Страховщика-<a href="http://www.sberbank-insurance.ru">www.sberbank-insurance.ru</a>. Также вы можете обратиться в службу клиентской поддержки Страховщика по тел.: +8 (800) 555-55-95 (бесплатно по России).</p>
<b>Перечень документов, предоставляемых Страховщику:</b>	
<b>ВСЕГДА</b>	<p align="center"><b>Документы:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Подписанный Страхователем и корректно заполненный оригинал Заявления по опции "Дополнительный страховой взнос/Топ-ап" по установленной Страховщиком форме;*</li> <li>• Копия документа, удостоверяющего личность Заявителя (с копией страницы, содержащей данные о регистрации);</li> <li>• Дополнительная анкета Застрахованного лица (обязательна, если Застрахованное лицо не согласно с декларацией, содержащейся в Заявлении, и в связи с этим не может подписать Заявление).</li> </ul> <p>*Страхователю необходимо заполнить все поля заявления для идентификации: "Номер договора - серия и номер, дата заключения", "Сведения о Страхователе (Заявителе)", "Документ, удостоверяющий личность - серия, номер, кем и когда выдан", "Почтовый адрес", "Телефоны", "Размер увеличения страховой суммы и дополнительный страховой взнос".</p> <p>Обязательно должна быть заполнена дата подписания Заявления и подписи Страхователя и Застрахованного лица, в специально отведенном для этого месте.</p>

**Заявление по опции "Дополнительный страховой взнос/Топ-ап"**  
**к Страховому полису (Договору страхования жизни) № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.**  
 (далее - Договор страхования жизни)

Я,   
 Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_  
 являясь Страхователем по Договору страхования жизни

**Паспорт (заменяющий его документ)**

Наименование: \_\_\_\_\_ Серия и номер: \_\_\_\_\_  
 Кем выдан: \_\_\_\_\_ Когда выдан: \_\_\_\_\_

**Почтовый адрес**

Страна: \_\_\_\_\_ Область (край) \_\_\_\_\_ Населенный пункт \_\_\_\_\_  
 Район \_\_\_\_\_ Улица \_\_\_\_\_ Дом \_\_\_\_\_  
 Корпус/строение \_\_\_\_\_ Квартира \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_

**Контактные данные**

Телефон: \_\_\_\_\_ Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Прошу увеличить страховую сумму по предусмотренным Договором страхования жизни рискам "Дожитие Застрахованного лица до установленной даты (Дожитие)" и "Смерть Застрахованного лица (Смерть)" каждую на сумму указанную в разделе 1 настоящего Заявления дополнительного страхового взноса при отсутствии нижеуказанных ограничений/выполнении нижеуказанных существенных условий.

**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» обработчикам, ООО «Сбербанк страхование жизни» вправе поручить обработку персональных данных обработчикам. 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 "Интеркомпл" (ОГРН:1067746798008), адрес места нахождения: г. Москва (121357, г. Москва, ул. Верейская д. 29, стр. 33), 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.)

Условия страхования не подлежат изменению, если на определенную Страховщиком и Страхователем дату внесения изменений стоимость Рисквого фонда (применительно к дополнительному страховому взносу) менее 5% дополнительного страхового взноса;  
 дополнительный страховой взнос должен быть оплачен в полном объеме в срок не позднее, чем за 5 (Пять) рабочих дней до даты внесения изменений, определенной Страховщиком и Страхователем

**1. Размер увеличения страховой суммы и дополнительный страховой взнос:**

Валюта договора страхования:	Размер дополнительного страхового взноса		Минимальный размер страхового взноса
	Рублей	Долларов США	
Рубли:			50 000 руб.
Доллары США:			1 500 \$
Рубли и Доллары США			25 000 руб.*

\*в отношении рублевой части взноса

**ВАЖНО:** Сумму дополнительного страхового взноса указать в валюте Договора страхования жизни.

Сумма дополнительного страхового взноса по договорам страхования с валютой «Рубли и доллары США» определяется в пропорции 50/50 от рублевого эквивалента общего размера дополнительного взноса по настоящему Дополнительному соглашению по курсу, по которому оплачивалась страховая премия, на дату оплаты взноса.

**2. Декларация Застрахованного лица:**

Проставляя ниже свою подпись, Застрахованное лицо подтверждает, что на момент подписания им настоящего Заявления сведения, указанные в Декларации Застрахованного лица в разделе 5 Заявления на заключение Договора страхования № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г. (далее - Декларация), не претерпели изменений и полностью соответствуют действительности, а также подтверждает достоверность настоящей Декларации. Если положения, содержащиеся в настоящей Декларации являются заведомо ложным, Страховщик вправе потребовать признания соглашения, заключенного Сторонами в связи с настоящим Заявлением, недействительным.

В случае невозможности подписать настоящую Декларацию Застрахованным лицом, необходимо заполнить и приложить к настоящему Заявлению Дополнительную анкету Застрахованного лица (по установленной Страховщиком форме). При этом Страховщик имеет право рассмотреть вопрос об увеличении размера страховой суммы в индивидуальном порядке. В отсутствие подписи Застрахованного лица или подписанной им Дополнительной анкеты Застрахованного лица (по установленной Страховщиком форме) настоящее Заявление не считается поданным и не подлежит рассмотрению Страховщиком.

<b>Страхователь</b>	_____	<b>Застрахованное лицо</b>	_____
<b>Дата</b>	____.____.____ г.	<b>Дата</b>	____.____.____ г.

**Служебные отметки:**

Территориальный Банк: \_\_\_\_\_  
 Номер ВСП: \_\_\_\_\_  
 ФИО сотрудника Банка: \_\_\_\_\_  
 Номер мобильного телефона сотрудника Банка: \_\_\_\_\_