

Внимательно ознакомьтесь с условиями внесения изменений	
ШАГ 1	<p>Подсказка: Проверьте срок для подачи пакета документов на изменение. Для внесения изменений, которые могут повлечь за собой пересмотр условий страхования (изменение размеров страховой суммы/взноса/периодичности оплаты/срока страхования/включение программ (рисков)) важно предоставить Страховщику все необходимые документы не позднее чем за 30 дней до очередной годовщины полиса и не ранее, чем за полгода до годовщины.</p> <p>Подсказка:</p> <ul style="list-style-type: none"> замена Страхователя не предусмотрена для договоров страхования, предусматривающих освобождение Страхователя от уплаты страховых взносов. замена выгодоприобретателя (-ей) осуществляется с письменного согласия Застрахованного лица (законного представителя – для несовершеннолетних). В случае отсутствия подписи Застрахованного(-ых) лиц(-а) (законных представителей), замена Выгодоприобретателя(-ей) не осуществляется. Кроме того, замена не осуществляется, если Выгодоприобретатель (-и) выполнил (-и) какую-либо из обязанностей по договору страхования. изменения, которые могут повлечь за собой пересмотр условий страхования производятся строго в полисную годовщину, иные изменения могут производиться в любое время действия договора страхования.
ШАГ 2	<p style="text-align: center;">Подготовьте / соберите нужные документы</p> <p>Подсказка: Ниже в памятке приводится общий список возможных документов, однако помните, что собирать документы следует с учетом конкретной ситуации. Все необходимые документы следует заблаговременно подготовить (заверить, где это требуется) и приложить к заявлению. Это важно для ускорения рассмотрения заявления и для вашего удобства.</p> <p>Подсказка: Для ряда изменений может потребоваться заключение Дополнительного соглашения, которое оформляет Страховщик на основании заполненного Страхователем Заявления на изменение, и доплата страховой премии. Подготовленное Дополнительное соглашение будет направлено Страхователю лично или посредством ПАО Сбербанк для организации подписания Страхователем в течении 45 календарных дней с даты оформления. Подписанное соглашение необходимо своевременно предоставить Страховщику.</p>
ШАГ 3	<p style="text-align: center;">Представьте документы в отделение ПАО Сбербанк (или непосредственно Страховщику)</p> <p>Подсказка: Для передачи пакета документов через ПАО Сбербанк следует обратиться в любое отделение Банка, имеющее соответствующую зону обслуживания. После обращения сотрудник Банка подготовит пакет документов и передаст его Страховщику. 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.: +8 (800) 555-55-95 (бесплатно по России).</p>

Перечень документов, предоставляемых Страховщику:

Документы:	
ВСЕГДА	<ul style="list-style-type: none"> Подписанный Заявителем и корректно заполненный оригинал Заявления о внесении изменений в договор страхования по установленной Страховщиком форме; Копия документа, удостоверяющего личность Заявителя (с копией страницы, содержащей данные о регистрации); <p>Подсказка: В случае, если Страхователем является юридическое лицо / индивидуальный предприниматель, заявление о внесении изменений должно быть подписано уполномоченным представителем Страхователя(или непосредственно Страхователем - для индивидуальных предпринимателей) и должен быть проставлен оригинальный оттиск печати Страхователя (при наличии у Страхователя печати); В случае, если Страхователем является физическое лицо, заявление о внесении изменений должно быть подписано Страхователем.</p>
ДОПОЛНИТЕЛЬНО	<p style="text-align: center;">В случае увеличения размера страховой суммы/срока страхования, включения дополнительных рисков, выхода из финансовых каникул, а так же включения Застрахованного лица:</p> <ul style="list-style-type: none"> Оригинал Анкеты Застрахованного лица или Анкеты Застрахованного ребенка (если застрахован ребенок) Медицинские документы (в случае наличия заболеваний) Финансовые документы (при необходимости) Платежный документ, подтверждающий оплату увеличенного/измененного страхового взноса Медицинская анкета Застрахованного лица
	<p style="text-align: center;">В случае Административных изменений (смена выгодоприобретателя/страхователя/персональных данных):</p> <p>Копия документа, удостоверяющего личность изменяемого лица (копия паспорта с регистрацией, свидетельства о браке, свидетельства о рождении), или заменяющий документ. При изменении сведений о юридическом лице и индивидуальном предпринимателе предоставляются документы, подтверждающие внесенные изменения.</p>
	<p style="text-align: center;">Для представителей:</p> <p>Оригинал или нотариально заверенная копия доверенности (иного документа, подтверждающего полномочия).</p>
	<p style="text-align: center;">Замена Страхователя в связи со смертью:</p> <p>Обратиться в Страховую компанию для консультации по документам и порядку действий.</p>
	<p style="text-align: center;">Вспомогательная информация:</p> <p>Прекращение оплаты взносов с преобразованием договора страхования в оплаченный и предоставление Финансовых каникул возможно только при соблюдении следующих условий:</p> <ul style="list-style-type: none"> полностью оплачены не менее 2-х лет; договор страхования заключен по одной из программ с накопительной составляющей (Семейный актив (или Верное решение), Первый капитал (или Первый шаг), Детский образовательный план (или Заботливые родители)); Финансовые каникулы могут предоставляться только 1 раз в течение действия договора. <p>При этом прекращается страхование по ряду рисков и производится уменьшение страховых сумм и гарантированных выкупных сумм.</p>

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.
Страховщик вправе руководствоваться установленными им условиями (порядком) и оставляет за собой право отказать Страхователю в изменении условий страхования, которые осуществляются по соглашению Сторон.

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (форма 1) для физических лиц

к Договору страхования¹ № от г.

Лицо, сведения о котором приведены в настоящем Приложении, относится к следующей категории (нужное отметить):

- Страхователь новый Выгодоприобретатель
 Застрахованное лицо новый Страхователь
 действующий Выгодоприобретатель по программе (-ам) страхования / страховому (-ым) риску (-ам): _____

Персональные данные и иные сведения об указанном выше лице (на новых Выгодоприобретателей, новых Страхователей, новых Застрахованных лиц заполняются все поля с учетом примечаний к данной форме; для остальных категорий лиц подлежат заполнению Ф. И. О., дата рождения и те данные, которые изменились):

Фамилия, имя, отчество (полностью)

Дата рождения: . . г. Моб. Телефон: ()

Гражданство*(при наличии нескольких указать все): ИНН РФ:

Место рождения: Страна рождения:

СНИЛС (при наличии):

Документ, удостоверяющий личность/ наименование документа:

серия, номер: № дата выдачи: . . г. код подразделения: -

наименование органа, выдавшего документ:

Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания:

Адрес для направления корреспонденции:

Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства: США: Да Нет

Другая страна: Да Нет ИНН США: - ИНН (Другая страна):

Указать страну/ Страна Наличие вида на жительство в иностранном государстве: Да Нет

*Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства:

Серия, номер миграционной карты:

Дата начала и дата окончания срока пребывания:

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

наименование документа: серия, №

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

Родственная связь со Страхователем (заполняется только на Выгодоприобретателей)

Сведения, которые могут повлечь увеличение страхового риска (заполняется только на Застрахованное лицо):

Профессия и должность:	<input type="text"/>
Профессиональная деятельность:	<input type="text"/>
Род занятий:	<input type="text"/>
Наименование организации:	<input type="text"/>
Сфера деятельности:	<input type="text"/>
Сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне:	<input type="text"/>
Сведения о переезде / перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий:	<input type="text"/>
Иное:	<input type="text"/>

✓
(Подпись Заявителя)

(фамилия, инициалы Заявителя)

¹Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

Подписывая настоящее Приложение, Заявитель подтверждает, что Заявитель, новый Страхователь / новый Выгодоприобретатель 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.

Также Заявитель подтверждает, что Заявитель / новый Страхователь / новый Выгодоприобретатель не имеет регистрации, места жительства / нахождения, счета в банке в государстве (на территории), которое (ая) не выполняет рекомендации ФАТФ, Страхователь не является субъектом санкций Управления по контролю за иностранными активами Министерства финансов США и Европейского Союза.

Подписывая настоящее Заявление, Заявитель подтверждает согласие на обработку информации, идентифицирующей Заявителя, нового Страхователя / Выгодоприобретателя в качестве иностранного налогоплательщика.

Если далее в настоящем абзаце не проставлена соответствующая отметка, Заявитель подтверждает согласие на предоставление сведений о Заявителе / новом Страхователе / новом Выгодоприобретателе в иностранный налоговый орган в рамках исполнения 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 сил отдельных положений законодательных актов РФ».

Отметить при несогласии: не согласен

Согласие на передачу информации в иностранный налоговый орган является одновременно согласием на передачу такой информации в Банк России, Росфинмониторинг, ФНС РФ.

_____ Дата составления г.
(Подпись Заявителя) (фамилия, инициалы Заявителя)

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (форма 1) для юридических лиц

к Договору страхования¹ № от г.

Лицо, сведения о котором приведены в настоящем Приложении, относится к следующей категории (нужное отметить):

- Страхователь
 новый Страхователь

Идентифицирующие данные и иные сведения об указанном выше лице (на нового Страхователя заполняются все поля с учетом примечаний к данной форме; для действующего Страхователя подлежат заполнению только те данные, которые изменились):

Полное наименование
Сокращенное наименование (если имеется)
Наименование на иностранном языке (если имеется)

СВЕДЕНИЯ О ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ:

Серия и номер документа, подтверждающего регистрацию	<input type="text"/>
Дата регистрации	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> г.
ОГРН	<input type="text"/>
Наименование регистрирующего органа	<input type="text"/>
Место регистрации	<input type="text"/>
ИНН / КИО:	<input type="text"/>
Адрес:	
Адрес местонахождения	<input type="text"/>
Почтовый адрес (при отличии)	<input type="text"/>
Адрес представительства, отделения, иного обособленного подразделения нерезидента на территории РФ / сведения о регистрации по месту жительства и о фактическом месте жительства физического лица - уполномоченного представителя нерезидента на территории РФ (при наличии)	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Телефон (факс):	<input type="text"/>
Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства: США: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Другая страна <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Сведения об уполномоченном представителе Страхователя:

Фамилия, имя, отчество (полностью):	
<input type="text"/>	
Должность	<input type="text"/>
Документ, удостоверяющий полномочия:	<input type="text"/>
Наименование	<input type="text"/>
Номер документа	<input type="text"/>
Дата документа	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> г.

Дата составления . . г. (Подпись) ✓ (фамилия, инициалы и должность представителя Страхователя)

¹Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 12)

 к Договору страхования¹ № от

Настоящим Заявитель просит заменить действующего (-их) по состоянию на дату составления настоящего Приложения
 Выгодоприобретателя
 (-ей) по указанному (-ым) ниже риску (-ам) на лицо (-а), подробные сведения о котором (-ых) указаны в Приложении (-ях) к

Страховой риск	Процент в страховой выплате
Выгодоприобретатель – 1: Ф.И.О.: _____	
<input type="checkbox"/> Смерть в Накопительный период»	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период выплат	
Выгодоприобретатель – 2: Ф.И.О.: _____	
<input type="checkbox"/> Смерть в Накопительный период»	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период выплат	
Выгодоприобретатель – 3: Ф.И.О.: _____	
<input type="checkbox"/> Смерть в Накопительный период»	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период выплат	
Выгодоприобретатель – 4: Ф.И.О.: _____	
<input type="checkbox"/> Смерть в Накопительный период»	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период выплат	

ВАЖНО!
 При наличии нескольких Выгодоприобретателей % выплаты в сумме по всем Выгодоприобретателям не должен превышать 100%.

С назначением Выгодоприобретателя (-ей) ознакомлен (-а) и согласен (-а):

_____ (Ф.И.О. (полностью) Застрахованного лица
 (если отличается от Страхователя)) _____ (подпись)

Подпись Заявителя (Представителя): _____

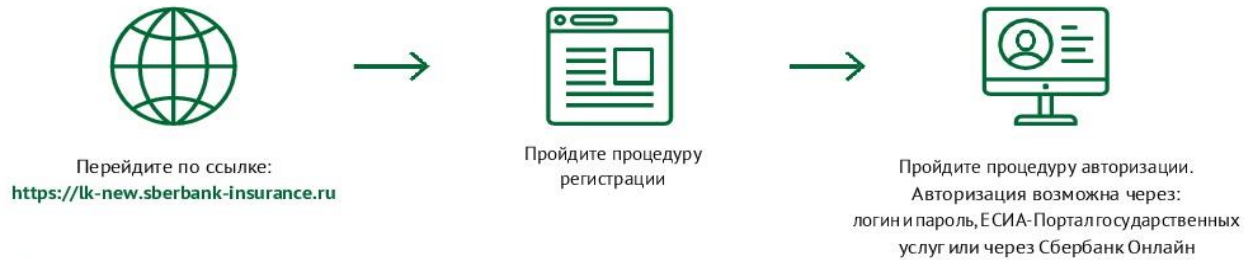
Дата составления . . г.

¹ Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

Уважаемый клиент!

Благодарим за интерес, проявленный к продуктам ООО СК «Сбербанк страхование жизни». Вы успешно подключились к системе электронного взаимодействия по удаленным каналам обслуживания!

Для входа в личный кабинет необходимо:



Личный кабинет - это:

- Информация по заключенным Вами договорам страхования
- Возможность заключать, изменять или прекращать договоры страхования
- Удобный инструмент для направления поручения на проведение страховых операций (в том числе исполнение предусмотренных договором опций)
- Напоминания о предстоящих событиях по договору страхования (о внесении очередного взноса, изменении, расторжении и др.)
- Онлайн консультации по Вашему договору и иным страховым продуктам

Конфиденциальность

- Не передавайте номер постоянного пароля третьим лицам. При неправильном вводе постоянного пароля 5 раз подряд, Страховая компания оставляет за собой право заблокировать вход в личный кабинет.
- Следите за тем, чтобы Ваши данные в Личном кабинете (в том числе номер мобильного телефона) были актуальными и своевременно вносите изменения.

Важно

Сервис по электронному взаимодействию предоставляется при наличии технической возможности со стороны ООО СК «Сбербанк страхование жизни» и может быть, как расширен, так и сокращен.

Электронное взаимодействие не ограничивает Вас в направлении информации в адрес ООО СК «Сбербанк страхование жизни» на бумажном носителе.

Вы вправе в любой момент времени отказаться от подключения к системе электронного взаимодействия по удаленным каналам обслуживания, направив в ООО СК «Сбербанк страхование жизни» заявление.

Отказ от договора страхования не отключает систему электронного взаимодействия по удаленным каналам обслуживания.

Информация, изложенная в данной Памятке, носит общий справочный характер и приведена исключительно для удобства восприятия условий Соглашения о порядке взаимодействия с клиентами ООО СК «Сбербанк страхование жизни» по удаленным каналам обслуживания. Полный текст соглашения размещен на сайте: www.sberbank-insurance.ru

Страховая услуга предоставляется ООО СК «Сбербанк страхование жизни». Лицензии на осуществление страхования СЖ № 3692 (вид деятельности - добровольное страхование жизни), СЛ № 3692 (вид деятельности - добровольное личное страхование, за исключением добровольного страхования жизни), выданы Банком России без ограничения срока действия.