

СОГЛАШЕНИЕ

о досрочном прекращении договора страхования

Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни» (сокращенное фирменное наименование: ООО СК «Сбербанк страхование жизни»), именуемое в дальнейшем «**Страховщик**», в лице Управляющего директора Управления клиентского опыта Пучкова Р.А., действующего на основании доверенности от 07.02.2024 №Дов/15, с одной стороны, и следующее лицо:

Фамилия, имя, отчество (полностью)					
Гражданство* (при наличии нескольких указать все)				Дата рождения	
Место рождения				ИНН РФ (при наличии)	
Страна рождения			ИНН США, другой страны (при наличии)		
Документ, удостоверяющий личность:		Наименование:			
Серия, номер			Дата выдачи		Код подразделения
Наименование органа, выдавшего документ:					
Адрес регистрации					
Адрес места жительства (при отличии)					
Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства:			США: ☐ Да ☐ Нет		Другая страна: ☐ Да ☐ Нет
ИНН (США/Другой страны)				Контактный телефон	

*Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства:

Серия, номер миграционной карты			
Дата начала и дата окончания срока пребывания			
Наименование, серия, номер документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ			
Дата начала и дата окончания срока действия права пребывания (проживания)			

именуемый(ая) в дальнейшем «**Страхователь**», с другой стороны, вместе именуемые «**Стороны**», заключили настоящее Соглашение о нижеследующем (далее – «**Соглашение**»).

1. Проставляя подпись на настоящем Соглашении Страхователь в полном объеме отказывается от следующего договора страхования (далее – «договор страхования»):

Страховой полис (Договор страхования жизни)	_____	_____
наименование договора страхования (полностью)	серия и номер	дата заключения

При этом, проставляя свою подпись на настоящем Соглашении, Страхователь отменяет (отзывает) все свои предыдущие заявления / обращения / претензии, связанные с прекращением договора страхования (при наличии), если Страховщик на момент заключения настоящего Соглашения не принял их к исполнению. При наличии таких обращений Страхователь просит считать их не предъявленными и не подлежащими рассмотрению и исполнению Страховщиком.

2. Стороны договорились внести изменения в условия договора страхования и пришли к соглашению, что **дата досрочного прекращения договора страхования (последний день действия договора страхования)** в связи с расторжением договора по инициативе Страхователя (п. 1 настоящего Соглашения) **определяется Страховщиком** в одностороннем порядке, но не может быть позднее 30 (тридцатого) календарного дня с даты заключения настоящего Соглашения.

3. Страхователь подтверждает свое ознакомление и согласие с тем, что досрочное прекращения договора страхования влечет за собой прекращение срока страхования и события, произошедшие после прекращения срока страхования, не могут являться страховыми случаями и страховая выплата по ним не может быть произведена.

4. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Соглашением (в т.ч. по вопросам, связанным с расчетом и выплатой (если полагается) выкупной суммы) Стороны руководствуются условиями договора страхования. При наличии расхождений в текстах договора страхования (включая Приложения) и настоящего Соглашения преимущественную силу имеет текст настоящего Соглашения.

5. Стороны подтверждают, что у них отсутствуют взаимные претензии, вытекающие из договора страхования или в связи с ним.

6. Настоящее Соглашение считается заключенным, вступает в силу и становится обязательным для Сторон со дня и при условии подписания его Страховщиком.

Стороны согласны с тем, что Страховщик при подписании настоящего Соглашения вправе использовать факсимильное воспроизведение печати и подписи уполномоченного представителя Страховщика, выполненного с помощью средств механического или иного копирования, и такое подписание будет являться надлежащим подписанием со стороны Страховщика.

7. Подписывая настоящее Соглашение, Страхователь дает согласие на обработку своих персональных данных (ПДн). Согласие предоставляется Страховщику на обработку им ПДн, а также на передачу ПДн и поручение обработки ПДн обработчикам. При этом к обработчикам относятся страховые агенты и иные третьи лица, осуществляющие обработку ПДн по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (агентские, договоры о сотрудничестве, возмездного оказания услуг, хранения, обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с оказанием страховой услуги. Подписывая настоящее Соглашение, Страхователь также выражает свое согласие на использование Страховщиком его ПДн в целях осуществления Страховщиком контроля и оценки качества страховой услуги по всем вопросам ее предоставления (например, для выяснения причин возврата страховой премии), в т.ч. путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи.

Проставляя ниже свою подпись, Страхователь дополнительно дает согласие на обработку информации, идентифицирующей его в качестве иностранного налогоплательщика, и передачу иностранному налоговому органу и (или) иностранным налоговым агентам, уполномоченным иностранным налоговым органом на удержание иностранных налогов и сборов в порядке и объеме, не противоречащем законодательству Российской Федерации. Согласие клиента на передачу информации в иностранный налоговый орган и (или) иностранным налоговым агентам является одновременно согласием на передачу такой информации в Центральный банк Российской Федерации, Росфинмониторинг, а также ФНС России, в порядке и объеме, не противоречащем законодательству Российской Федерации.

Подписывая настоящее Заявление, Страхователь подтверждает, что Страхователь не является иностранным публичным должностным лицом, и/или супругом (-ой) или родственником иностранного публичного должностного лица, 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, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ. В ином случае Страхователь обязуется предоставить заявление о принятии его на обслуживание с представлением подтверждающих вышеназванные данные документов. Также Страхователь подтверждает следующее: Страхователь не имеет регистрации, места жительства, места нахождения, счета в банке, зарегистрированном 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.

8. Проставляя ниже свою подпись, Страхователь выражает 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 СК «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 "Интеркомп" (ОГРН:1067746798008), адрес места нахождения: г. Москва (121357, Москва, ул. Вереysкая, 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>. Также вы можете обратиться в службу клиентской поддержки компании(Страховщика) по тел.: 900 (телефон для бесплатных звонков с мобильных телефонов на территории РФ), +7(495)-500-55-50 (бесплатно по России).

9. Подписывая настоящее заявление, а равно совершая любое действие, свидетельствующее о волеизъявлении (об акцепте и (или) оферте настоящего документа), в частности, осуществляя оплату страховой премии (первого страхового взноса при рассрочке), Заявитель добровольно выражает 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>, подтверждает, что ознакомлен с текстом указанного выше Соглашения ЭДО и принимает все его условия без каких-либо оговорок.

10. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу по одному для каждой из Сторон.

11. Реквизиты Сторон:

Страховщик:

ООО СК «Сбербанк страхование жизни»
(прежнее наименование - ООО СК «Сбербанк страхование»)
Адрес места нахождения: 121170 Москва ул. Поклонная д.
3, корпус 1

Страхователь:

(Фамилия, имя, отчество Страхователя полностью)

12. Банковские реквизиты Страхователя для перечисления выкупной суммы (если полагается):

Наименование банка (и его отделения):

Адрес и телефон банка:

БИК: ИИН банка:

Расчетный счет банка:

Корреспондентский счет банка:

Лицевой счет Страхователя:

№ пластиковой карты Страхователя (для перечислений на карту):

ПОДПИСИ СТОРОН:

Управляющий директор ООО СК «Сбербанк страхование жизни» Р.А. Пучков, действующего на основании доверенности от 07.02.2024 №Дов/15
Дата подписания Соглашения Страховщиком: _____.____.20__

(м.п. и подпись Страховщика)

(подпись Страхователя)

ОСТАВШАЯСЯ ЧАСТЬ СТРАНИЦЫ ЗАПОЛНЯЕТСЯ СТРАХОВАТЕЛЕМ В СПРАВОЧНЫХ ЦЕЛЯХ

Пожалуйста, укажите причину отказа от договора страхования:

- ☐ Отпала необходимость в страховой услуге
- ☐ Обнаружил(а) неприемлемые положения условий страхования
- ☐ Недостаточность информирования об услуге
- ☐ Иное (просьба пояснить)