

Памятка при расторжении Договора страхования в Период охлаждения.

Внимательно ознакомьтесь с условиями досрочного прекращения договора страхования в период охлаждения.

Если Вы решите расторгнуть договор в течение 14 (четырнадцати) календарных дней после оплаты, в зависимости от условий, указанных в вашем договоре страхования, страховая премия возвращается полностью или пропорционально не истекшему сроку действия страхования.

Порядок подачи страхователем заявления об отказе от договора страхования в течение периода охлаждения:

1

Заполните заявление по установленной страховщиком форме

ШАГ

Приложите к нему надлежащим образом заверенную копию документа, удостоверяющего Вашу личность. Для ускорения рассмотрения заявления рекомендуем также предоставить копию договора страхования и документов, подтверждающих оплату страховой премии

2

Передайте документы страховщику

ШАГ

- лично или посредством почтовой связи
- или его уполномоченному представителю лично в любое отделение ПАО Сбербанк, имеющее соответствующую зону обслуживания (только для клиентов, оформивших договора страхования в отделении ПАО Сбербанк)

ВАЖНО

Для расторжения договора страхования в течение периода охлаждения важно, чтобы страховщик получил документы до окончания данного периода.

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. Или самостоятельно направить документы напрямую в офис ООО СК «Сбербанк страхование жизни» по адресу: 115162 г. Москва, ул. Шаболовка, д.31Г.



Режим работы офиса:
понедельник – пятница
с 08.00 до 20.00 МСК



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)

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:

Расчетный счет банка:

Корреспондентский счет 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) 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, Заявитель дает согласие на обработку своих персональных данных (далее –«ПДн»), а также персональных данных субъекта, чьи интересы он представляет (если заявитель является Представителем), указанных в настоящем заявлении.

Цели обработки персональных данных:

- прекращение договора страхования;
- осуществление контроля и оценки качества страховой услуги по всем вопросам ее предоставления, в т.ч. путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи;
- осуществление прав и законных интересов Страховщика.

Согласие Страховщику предоставляется также на передачу и поручение обработки ПДн третьим лицам на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений. Перечень действий с ПДн и общее описание используемых способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение ПДн; ПДн будут обрабатываться с использованием различных сочетаний средств автоматизации и неавтоматизированных средств обработки (смешанная обработка). Согласие действует в течение шести лет после прекращения договора страхования и может быть отозвано в любое время посредством направления письменного уведомления Страховщику.

Подписывая настоящее заявление, Заявитель заявляет об отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, по Договору страхования.



(подпись)

(фамилия, инициалы Заявителя)

(дата Заявления) г.

Служебные отметки:

Дата и время предоставления заявления заявителем ч мин г.

Наименование ТБ _____ Номер ВСП _____

Сотрудник Банка _____ / _____ (ФИО)

Номер мобильного телефона сотрудника Банка