

| <b>Внимательно ознакомьтесь с условиями внесения изменений</b> |   |
|--|---|
| <b>ШАГ 1</b>   | <p><b>Подсказка:</b> Проверьте срок для подачи пакета документов на изменение.<br/>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><b>Подсказка:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>замена Страхователя не предусмотрена для договоров страхования, предусматривающих освобождение Страхователя от уплаты страховых взносов.</li> <li>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.</li> <li>изменения, которые могут повлечь за собой пересмотр условий страхования производятся строго в полисную годовщину, иные изменения могут производиться в любое время действия договора страхования.</li> </ul> |
| <b>ШАГ 2</b>   | <p style="text-align: center;"><b>Подготовьте / соберите нужные документы</b></p> <p><b>Подсказка:</b> Ниже в памятке приводится общий список возможных документов, однако помните, что собирать документы следует с учетом конкретной ситуации.<br/>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><b>Подсказка:</b> 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>  |
| <b>ШАГ 3</b>   | <p style="text-align: center;"><b>Представьте документы в отделение ПАО Сбербанк (или непосредственно Страховщику)</b></p> <p><b>Подсказка:</b> 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 <a href="http://www.sberbank-insurance.ru">www.sberbank-insurance.ru</a>. 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:**

| <b>Документы:</b>    |  |
|----------------------|--|
| <b>ВСЕГДА</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Подписанный Заявителем и корректно заполненный оригинал Заявления о внесении изменений в договор страхования по установленной Страховщиком форме;</li> <li>Копия документа, удостоверяющего личность Заявителя (с копией страницы, содержащей данные о регистрации);</li> </ul> <p><b>Подсказка:</b> 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> |
| <b>ДОПОЛНИТЕЛЬНО</b> | <p style="text-align: center;"><b>В случае увеличения размера страховой суммы/срока страхования, включения дополнительных рисков, выхода из финансовых каникул, а так же включения Застрахованного лица:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Оригинал Анкеты Застрахованного лица или Анкеты Застрахованного ребенка (если застрахован ребенок)</li> <li>Медицинские документы (в случае наличия заболеваний)</li> <li>Финансовые документы (при необходимости)</li> <li>Платежный документ, подтверждающий оплату увеличенного/измененного страхового взноса</li> <li>Медицинская анкета Застрахованного лица</li> </ul>   |
|                      | <p style="text-align: center;"><b>В случае Административных изменений (смена выгодоприобретателя/страхователя/персональных данных):</b></p> <p>Копия документа, удостоверяющего личность изменяемого лица (копия паспорта с регистрацией, свидетельства о браке, свидетельства о рождении), или заменяющий документ.<br/>При изменении сведений о юридическом лице и индивидуальном предпринимателе предоставляются документы, подтверждающие внесенные изменения.</p>   |
|                      | <p style="text-align: center;"><b>Для представителей:</b></p> <p>Оригинал или нотариально заверенная копия доверенности (иного документа, подтверждающего полномочия).</p>   |
|                      | <p style="text-align: center;"><b>Замена Страхователя в связи со смертью:</b></p> <p>Обратиться в Страховую компанию для консультации по документам и порядку действий.</p>  |
|                      | <p style="text-align: center;"><b>Вспомогательная информация:</b></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"> <li>полностью оплачены не менее 2-х лет;</li> <li>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));</li> <li>Финансовые каникулы могут предоставляться только 1 раз в течение действия договора.</li> </ul> <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.

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

 к Договору страхования<sup>1</sup>  №  от . .  г.

**СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ (СТРАХОВАТЕЛЕ)**

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| Ф.И.О. (полностью) (для физических лиц) / полное фирменное наименование (для юридических лиц): |                             |
|  |                             |
| Моб. Телефон: <input type="text"/> ( <input type="text"/> ) <input type="text"/>               | e-mail <input type="text"/> |
| <b>Для представителей:</b>   |                             |
| Номер и дата доверенности: _____   |                             |
| Срок действия доверенности: _____  |                             |
| Ф.И.О. Представителя: _____  |                             |

**ПРИЧИНА ОБРАЩЕНИЯ (выбрать нужное):**

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Изменить персональные данные или иные сведения</b> о лице, категория которого указана в Приложении к настоящему Заявлению, в соответствии с Приложением к настоящему Заявлению. Укажите, пожалуйста, причину изменения сведений: |
|  |
| <input type="checkbox"/> <b>Заменить Страхователя</b> , т.е. передать права и обязанности Страхователя по договору страхования следующему лицу, подробные сведения о котором указаны в Приложении к настоящему Заявлению (новый Страхователь):               |
|  |
| <input type="checkbox"/> <b>Заменить Выгодоприобретателя</b> в соответствии с Приложениями к настоящему Заявлению.   |
| <input type="checkbox"/> <b>Изготовить дубликат документа</b> (выбрать нужное) и направить по адресу:  |
|  |
| <input type="checkbox"/> дубликат договора страхования   |
| <input type="checkbox"/> дубликат дополнительного соглашения от <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г.  |
| <input type="checkbox"/> с оригинальной печатью и подписью   |
| <input type="checkbox"/> в связи с утерей  |
| <input type="checkbox"/> по иной причине (указать): _____  |
| <input type="checkbox"/> <b>Изменить условия страхования</b> в соответствии с Приложением к настоящему Заявлению.  |

**ВАЖНО!**

Проставляя ниже свою подпись Заявитель понимает и соглашается, что при изменении сведений о Страхователе / Выгодоприобретателе(ях) / Застрахованном(ых) лице(ах), в т.ч. при назначении нового Выгодоприобретателя или передаче прав новому Страхователю, необходимо заполнить Приложение (-я) к Заявлению отдельно на каждое лицо, сведения о котором изменяются. При отсутствии Приложения (-ий), когда их заполнение предусмотрено, Заявление не считается поданным Страховщику (является недействительным).

Приложения к Заявлению (если необходимы) являются неотъемлемыми частями Заявления.

Настоящим прошу подключить меня в качестве клиента ООО СК «Сбербанк страхование жизни» к системе электронного взаимодействия по удаленным каналам обслуживания и подтверждаю свое ознакомление с правом отказаться от присоединения в любой момент путем подачи Страховщику письменного заявления.

В соответствии со статьей 428 Гражданского кодекса Российской Федерации присоединяюсь к действующей редакции Соглашения о порядке взаимодействия с клиентами ООО СК «Сбербанк страхование жизни» по удаленным каналам обслуживания (далее – Соглашение), имеющего обязательную силу.

Настоящим подтверждаю, что ознакомился с условиями Соглашения, понимаю текст данного Соглашения, выражаю свое согласие с ним и обязуюсь выполнять.

 Подпись Заявителя (Представителя):  ✓ \_\_\_\_\_ м.п. (при наличии)

 Дата составления: . .  г.

<sup>1</sup> Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (форма 1) для физических лиц

к Договору страхования<sup>1</sup>  №  от    г.

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

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

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:   |  |
| Профессиональная деятельность:   |  |
| Род занятий:   |  |
| Наименование организации:  |  |
| Сфера деятельности:  |  |
| Сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне:                      |  |
| Сведения о переезде / перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий: |  |
| Иное:  |  |

✓  (Подпись Заявителя) \_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы Заявителя)

<sup>1</sup>Далее 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 страхования<sup>1</sup>  №  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   
 Дата регистрации  .  .  г.  
 ОГРН   
 Наименование регистрирующего органа   
 Место регистрации   
 ИНН / КИО:   
**Адрес:**  
 Адрес местонахождения   
 Почтовый адрес (при отличии)   
 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)  
  
  
**Телефон (факс):**   
 Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства: США:  Да  Нет Другая страна  Да  Нет

**Сведения об уполномоченном представителе Страхователя:**

Фамилия, имя, отчество (полностью):  
  
 -----  
 -----  
**Должность**   
**Документ, удостоверяющий полномочия:**   
 Наименование   
 Номер документа   
 Дата документа  .  .  г.

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

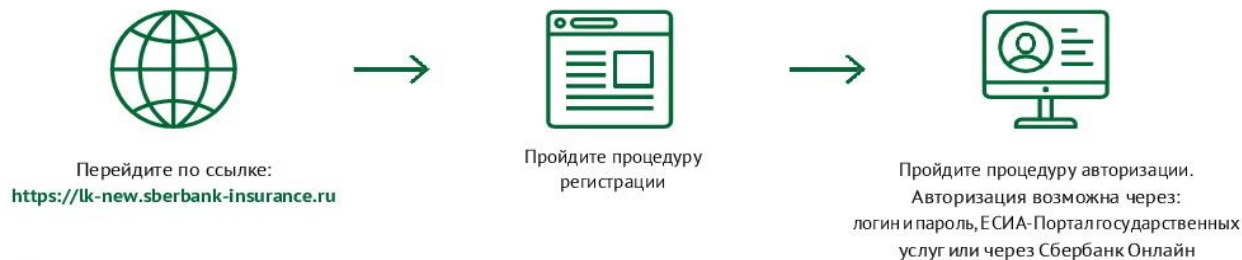
<sup>1</sup>Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".



## 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](http://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.