

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

**Внимательно ознакомьтесь с условиями исполнения опции "Дополнительный страховой взнос/Топ-ап"**

**ШАГ 1**

**Подсказка:** 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.

**Подсказка:** 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.

Для внесения изменений потребуется оформить дополнительное соглашение по установленной Страховщиком форме.

**Подготовьте нужные документы**

**ШАГ 2**

**Подсказка:** 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.

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.

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).

**Представьте документы в отделение ПАО Сбербанк (или непосредственно Страховщику)**

**ШАГ 3**

**Подсказка:** 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.

Форму Заявления Клиент может распечатать самостоятельно в Личном кабинете на интернет-сайте Страховщика-[www.sberbank-insurance.ru](http://www.sberbank-insurance.ru). Также вы можете обратиться в службу клиентской поддержки Страховщика по тел.:

+8 (800) 555-55-95 (бесплатно по России).

**Перечень документов, предоставляемых Страховщику:**

**Документы:**

**ВСЕГДА**

- Подписанный Страхователем и корректно заполненный оригинал Заявления по опции "Дополнительный страховой взнос/Топ-ап" по установленной Страховщиком форме;\*
- Копия документа, удостоверяющего личность Заявителя (с копией страницы, содержащей данные о регистрации);
- Дополнительная анкета Застрахованного лица (обязательна, если Застрахованное лицо не согласно с декларацией, содержащейся в Заявлении, и в связи с этим не может подписать Заявление).

\*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".

Обязательно должна быть заполнена дата подписания Заявления и подписи Страхователя и Застрахованного лица, в специально отведенном для этого месте.

**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 указанного в разделе 1 настоящего Заявления дополнительного страхового взноса при отсутствии нижеуказанных ограничений/выполнении нижеуказанных существенных условий.

**ВАЖНО:** до моего сведения доведено, я понимаю и соглашаюсь со следующими ограничениями/существенными условиями внесения указанных в настоящем Заявлении изменений:

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: \_\_\_\_\_