

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

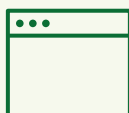
2**Передайте документы страховщику****ШАГ**

- лично или посредством почтовой связи
- или его уполномоченному представителю лично в любое отделение ПАО Сбербанк, имеющее соответствующую зону обслуживания

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 любое отделение Сбербанка, где доступна услуга страхования (тут). После обращения сотрудник Банка подготовит пакет документов и передаст его Страховщику. Или самостоятельно направить документы на адрес: 300041, Тульская область, г. Тула, ул. Коминтерна, д. 31



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.:

900
или + 7 495 500 55 50
(из любой точки мира)

ЗАЯВЛЕНИЕ

от г.

к Договору страхования № [] от [] г.

Дата фактического получения договора страхования / полиса: [] г.

Дата оплаты страховой премии (первого страхового взноса): [] г.

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ - СТРАХОВАТЕЛЕ/НАСЛЕДНИКЕ/ПРЕДСТАВИТЕЛЕ/ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЕ (нужное подчеркнуть):

ФИО (полностью) _____

Дата рождения: [] г. Моб. Телефон: []

ИНН: [] Доп. контакты: []

Место рождения: _____

Гражданство (указать все, если несколько): _____

Наименование документа, удостоверяющего личность: _____

Серия, номер: _____ Дата выдачи: _____ Код подразделения _____

Наименование органа, выдавшего документ: _____

Адрес для направления корреспонденции: _____

Номер и дата доверенности (только для Представителя): _____

СВЕДЕНИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ (только при обращении Наследника или Представителя):

ФИО (полностью) _____

Дата рождения: [] г.

ИНН: []

Дата смерти (только при обращении Наследника): [] г.

ПРИЧИНА ОБРАЩЕНИЯ (выбрать нужное):

<input type="checkbox"/>	ОТКАЗ ОТ СТРАХОВАНИЯ:	Проставляя ниже подпись, Заявитель отказывается в полном объеме от вышеуказанного договора страхования
<input type="checkbox"/>	НЕПРАВИЛЬНЫЙ ПЛАТЕЖ:	Страховая премия (первый взнос) оплачен (-а) не в полном объеме или позднее установленного срока и Заявитель, проставляя ниже подпись, просит признать договор страхования не вступившим в силу и произвести возврат оплаченных взносов в размере 100%
<input type="checkbox"/>	ПЕРЕПЛАТА:	Проставляя ниже подпись, Заявитель просит вернуть излишне (ошибочно) уплаченные денежные средства (если подлежат возврату по итогам рассмотрения Заявления) Примечание: если договор действует на дату предоставления заявления Заявителем, то его действие не прекращается в связи с возвратом излишне (ошибочно) уплаченных денежных средств
<input type="checkbox"/>	НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОПЛАЧИВАТЬ ВЗНОСЫ:	Прекращение договора страхования в связи с ненадлежащей оплатой/неоплатой очередного страхового взноса
<input type="checkbox"/>	ИНОЕ (просьба указать):	

Если Заявитель является налоговым резидентом иностранного государства, заполните, пожалуйста, данные, содержащиеся в полях с признаком (*):

Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства*:

США*: Да Нет Другая страна*: Да Нет Если "да", указать страну*: _____

Наличие вида на жительство в иностранном государстве*: Да Нет Если "да", указать страну*: _____

ИНН США*: _____ ИНН другой страны _____

 Подпись Заявителя: _____

¹ Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

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.

_____ г.
(подпись) (фамилия, инициалы Заявителя) (дата Заявления)

Служебные отметки:

Дата и время предоставления заявления заявителем ч мин г.

Наименование ТБ _____ Номер ВСП _____

Сотрудник Банка _____ / _____ (ФИО)

Номер мобильного телефона сотрудника Банка