

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

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

ДЕКЛАРАЦИЯ
(в отношении нового Страхователя / Выгодоприобретателя (если применимо))

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

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 силу отдельных положений законодательства 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.

(Подпись Заявителя)

(фамилия, инициалы Заявителя)

Дата составления г.

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (форма 1) для юридических лиц

к Договору страхования¹ № 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)

¹Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 3)

к Договору страхования¹ № от

Настоящим Заявитель просит:

Изменить срок действия Договора страхования на: лет

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

Дата составления . . г.

¹Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 4)

к Договору страхования¹ № от

Настоящим Заявитель просит (выбрать нужное):

<input type="checkbox"/>	Изменить срок действия Договора страхования на: <input type="text"/> <input type="text"/> лет
<input type="checkbox"/>	Изменить порядок оплаты по договору страхования на следующий (выбрать нужное): <input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> Ежемесячно
<input type="checkbox"/>	Изменить страховую сумму по риску «Смерть Застрахованного лица» на: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (В первоначальной валюте страхования) и одновременно изменить размер каждого очередного страхового взноса на: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (В первоначальной валюте страхования) Внести указанные изменения с: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
При этом, страховые суммы по остальным страховым рискам, предусмотренным договором страхования (кроме страхового риска «Травма в результате несчастного случая»), Заявитель просит установить равной страховой сумме по страховому риску «Смерть Застрахованного лица». Страховую сумму по страховому риску «Травма в результате несчастного случая» (если предусмотрен договором страхования) прошу установить равной 30% страховой суммы по страховому риску «Смерть Застрахованного лица».	
<input type="checkbox"/>	Исключить из договора страхования страховой риск «Инвалидность 1 или 2 группы» ²

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

Дата составления . . г.

¹Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

²Данное изменение может быть выбрано только при условии, что Застрахованному лицу исполнилось 60 (Шестьдесят) лет

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 5)

к Договору страхования¹ № от

Настоящим Заявитель просит (выбрать нужное):

<input type="checkbox"/>	Изменить срок действия Договора страхования на: <input type="text"/> <input type="text"/> лет
<input type="checkbox"/>	Изменить гарантированный период выплаты ренты на следующий (выбрать нужное):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 года <input type="checkbox"/> 5 лет <input type="checkbox"/> 6 лет
<input type="checkbox"/>	Изменить порядок оплаты по договору страхования на следующий (выбрать нужное):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ежегодно <input type="checkbox"/> Ежеквартально <input type="checkbox"/> Ежемесячно
<input type="checkbox"/>	Изменить страховую сумму по каждому страховому риску на: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (В первоначальной валюте страхования)
	Внести указанные изменения с: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г
<input type="checkbox"/>	Изменить размер каждого очередного страхового взноса на: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (В первоначальной валюте страхования)
	Внести указанные изменения с: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г
<input type="checkbox"/>	Прекращение оплаты взносов с преобразованием договора страхования в оплаченный: с <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г
<input type="checkbox"/>	Финансовые каникулы (для договоров с оплаченным периодом не менее 2х лет): с <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г
<input type="checkbox"/>	Восстановить условия страхования после Финансовых каникул: с <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г

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

Дата составления . . г.

¹Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 6)

к Договору страхования¹ № от г

Настоящим Заявитель просит (выбрать нужное):

исключить из Списка Застрахованных лиц следующее Застрахованное лицо:

(Ф.И.О. полностью)

Дата рождения: г

основной документ, удостоверяющий личность:

(наименование документа, серия, номер и дата выдачи)

Денежные средства (если полагаются к выплате) прошу перечислить по следующим реквизитам:

ВАЖНО! Все поля обязательны для заполнения.

Получатель: _____ Страхователь _____

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)

включить в Список Застрахованных лиц следующее лицо, подробные сведения о котором указаны в Приложении к Заявлению на нижеуказанных условиях с г²

(Ф.И.О. полностью)

ВАЖНО!

Заявитель обязуется предоставить Медицинскую анкету Застрахованного лица к договору ДМС. Проставляя ниже свою подпись Заявитель понимает и соглашается, что при отсутствии Медицинской анкеты Заявление не считается поданным Страховщику.

Условия страхования:

Срок действия Договора страхования в отношении Застрахованного лица: с даты начала Срока страхования в отношении Застрахованного лица и до окончания срока действия Договора страхования.

Страховая сумма в отношении Застрахованного лица (единая по всем страховым рискам): соответствует Страховой сумме, установленной в отношении каждого Застрахованного лица по Договору страхования.

Страховые риски	Период ожидания ³	Территория страхования
Расходы, связанные с лечением онкологических заболеваний	По впервые диагностированным заболеваниям/состояниям - 60 (шестьдесят) календарных дней с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица; по ранее существовавшим заболеваниям/состояниям – 24 (двадцать четыре) месяца с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица	Израиль, Испания, Германия, Турция, Россия

¹ Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

² Указывается дата не позднее даты составления Заявления

³ Период ожидания - период времени, в течение которого Страховщик не несет ответственности за события, имеющие признаки страхового случая, произошедшие с Застрахованным лицом.

Страховые риски	Период ожидания ³	Территория страхования
Расходы, связанные с хирургическими вмешательствами	По впервые диагностированным заболеваниям/состояниям – 180 (сто восемьдесят) календарных дней с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица, для хирургических вмешательств, проведенных в связи с заболеваниями; по ранее существовавшим заболеваниям/состояниям – 24 (двадцать четыре) месяца с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица, для хирургических вмешательств, проведенных в связи с заболеваниями; для хирургических вмешательств, проведенных в связи с последствиями несчастного случая, произошедшего с Застрахованным в период действия срока страхования, период ожидания не устанавливается	Израиль, Испания, Германия, Турция, Россия
Расходы, связанные с трансплантацией органов	По впервые диагностированным заболеваниям/состояниям – 18 (восемнадцать) месяцев с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица; по ранее существовавшим заболеваниям/состояниям – 24 (двадцать четыре) месяца с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица; для трансплантации органов в связи с последствиями несчастного случая, произошедшего с Застрахованным в период действия срока страхования, период ожидания не устанавливается	Весь мир
Расходы, связанные с реабилитацией	по впервые диагностированным заболеваниям/состояниям - 90 (девяносто) календарных дней с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица; по ранее существовавшим заболеваниям/состояниям – 24 (двадцать четыре) месяца с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица	Израиль, Россия
Расходы, связанные с оказанием медицинской помощи, направленной на облегчение тяжести симптомов рака	по впервые диагностированным заболеваниям/состояниям - 90 (девяносто) календарных дней с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица; по ранее существовавшим заболеваниям/состояниям – 24 (двадцать четыре) месяца с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица	Израиль, Россия
Расходы, связанные с получением Экспертного медицинского мнения	Не устанавливается	Израиль, Испания, Германия, Турция, Россия
Расходы, связанные с проведением проф. обследований (чек- ап)	4 (четыре) года с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица	Израиль, Испания, Германия, Турция, Россия
Исключения из страхового покрытия: согласно п.п. 3.4-3.7 Правил добровольного медицинского страхования № 0015.СЛ.05.00.		
Порядок осуществления страховой выплаты: Страховщик производит страховую выплату путем оплаты счетов Ассистанс-компании, осуществляющей сервисную поддержку Программы добровольного медицинского страхования, за услуги, предоставленные Застрахованному лицу из числа указанных в Программе страхования, предусмотренной Договором страхования, при наступлении страхового случая, в порядке и на условиях, предусмотренных договором между Страховщиком и Ассистанс-компанией.		

 Подпись Заявителя (Представителя): ✓

м.п (при наличии)

 Дата составления . . г.

¹ Период ожидания - период времени, в течение которого Страховщик не несет ответственности за события, имеющие признаки страхового случая, произошедшие с Застрахованным лицом.

³ Период ожидания - период времени, в течение которого Страховщик не несет ответственности за события, имеющие признаки страхового случая, произошедшие с Застрахованным лицом.

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 7)

 к Договору страхования¹ № от г.

Настоящим Заявитель просит заменить действующего (-их) по состоянию на дату составления настоящего Приложения Выгодоприобретателя (-ей) по указанному (-ым) ниже риску (-ам) на лицо (-а), подробные сведения о котором (-ых) указаны в Приложении (-ях) к Заявлению.

Страховой риск	Доля ²
Выгодоприобретатель – 1: Ф.И.О.:	
<input type="checkbox"/> Дожитие	
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая	
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного лица во время поездки на транспорте общего пользования	
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного лица по любой причине (программа «Смешанное страхование жизни»)*	
<input type="checkbox"/> Дополнительное страхование жизни на срок*	
Выгодоприобретатель – 2: Ф.И.О.:	
<input type="checkbox"/> Дожитие	
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая	
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного лица во время поездки на транспорте общего пользования	
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного лица по любой причине (программа «Смешанное страхование жизни»)*	
<input type="checkbox"/> Дополнительное страхование жизни на срок*	
Выгодоприобретатель – 3: Ф.И.О.:	
<input type="checkbox"/> Дожитие	
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая	
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного лица во время поездки на транспорте общего пользования	
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного лица по любой причине (программа «Смешанное страхование жизни»)*	
<input type="checkbox"/> Дополнительное страхование жизни на срок*	

ВАЖНО!

Риски, отмеченные «*» могут быть выбраны только по договорам «Семейный актив» (также может называться «Верное решение»)

 С назначением Выгодоприобретателя (-ей) ознакомлен (-а) и согласен (-а)³:

(Ф.И.О. (полностью) Застрахованного лица / законного представителя)	(подпись)
(Ф.И.О. (полностью) Застрахованного лица / законного представителя)	(подпись)

 Подпись Заявителя (Представителя): ✓

м.п (при наличии)

 Дата составления . . г.

¹ Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

² Указывается процент в страховой выплате. При наличии нескольких Выгодоприобретателей по одному страховому риску % выплаты Выгодоприобретателям в сумме по всем не должен превышать 100%.

³ Застрахованное лицо может не проставлять выше свою подпись, если совпадает со Страхователем.

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 8)

к Договору страхования¹ № от

Настоящим Заявитель просит полностью заменить действующего (-их) по состоянию на дату составления настоящего Приложения Выгодоприобретателя (-ей) по страховым рискам «смерть Застрахованного лица», «смерть от несчастного случая», «смерть в результате транспортного происшествия» на лицо (-а), подробные сведения о котором (-ых) указаны в Приложении (-ях) к Заявлению:

Ф.И.О. (полностью) Выгодоприобретателя	Процент в страховой выплате
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

ВАЖНО!
При наличии нескольких Выгодоприобретателей % выплаты в сумме по всем Выгодоприобретателям не должен превышать 100%.

С назначением Выгодоприобретателя (-ей) ознакомлен (-а) и согласен (-а):
 _____ (Ф.И.О. (полностью) Застрахованного лица (если отличается от Страхователя)) _____ (подпись)

Подпись Заявителя (Представителя): _____

Дата составления . . г.

¹ Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 9)

к Договору страхования¹ № от

Настоящим Заявитель просит полностью заменить действующего (-их) по состоянию на дату составления настоящего Приложения Выгодоприобретателя (-ей) по страховым рискам «смерть с выплатой к сроку» и «смерть от несчастного случая» (Выгодоприобретателя(ей) второй очереди по страховому риску «дожитие до срока») на лицо (-а), подробные сведения о котором (-ых) указаны в Приложении (-ях) к Заявлению:

Ф.И.О. (полностью) Выгодоприобретателя	Процент в страховой выплате
<hr/> <hr/>	
<hr/> <hr/>	
<hr/> <hr/>	
<hr/> <hr/>	
<hr/> <hr/>	
<hr/> <hr/>	
<hr/> <hr/>	
<hr/> <hr/>	
<hr/> <hr/>	
<hr/> <hr/>	

ВАЖНО!
При наличии нескольких Выгодоприобретателей % выплаты в сумме по всем Выгодоприобретателям не должен превышать 100%.

С назначением Выгодоприобретателя (-ей) ознакомлен (-а) и согласен (-а):

(Ф.И.О. (полностью) Застрахованного лица
(если отличается от Страхователя)) _____
(подпись)

Подпись Заявителя (Представителя): ✓ _____

Дата составления . . г.

¹ Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 10)

 к Договору страхования¹ № от г.

Настоящим Заявитель просит заменить действующего (-их) по состоянию на дату составления настоящего Приложения Выгодоприобретателя (-ей) по указанному (-ым) ниже риску (-ам) на лицо (-а), поданные сведения о котором (-ых) указаны в Приложении (-ях) к

Страховой риск	Процент в страховой выплате
Выгодоприобретатель – 1: Ф.И.О.:	
<input type="checkbox"/> Дожитие	
<input type="checkbox"/> Смерть в Накопительный период	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период	
Выгодоприобретатель – 2: Ф.И.О.:	
<input type="checkbox"/> Дожитие	
<input type="checkbox"/> Смерть в Накопительный период	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период	
Выгодоприобретатель – 3: Ф.И.О.:	
<input type="checkbox"/> Дожитие	
<input type="checkbox"/> Смерть в Накопительный период	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период	
Выгодоприобретатель – 4: Ф.И.О.:	
<input type="checkbox"/> Дожитие	
<input type="checkbox"/> Смерть в Накопительный период	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период	

ВАЖНО!

Страховой риск «Смерть в Гарантированный период выплат» может быть выбран только по договорам, где он предусмотрен.

При наличии нескольких Выгодоприобретателей % выплаты в сумме по всем Выгодоприобретателям не должен превышать

С назначением Выгодоприобретателя (-ей) ознакомлен (-а) и согласен (-а):

_____	_____
(Ф.И.О. (полностью) Застрахованного лица - 1 (если отличается от Страхователя))	(подпись)
_____	_____
(Ф.И.О. (полностью) Застрахованного лица - 2)	(подпись)

 Подпись Заявителя (Представителя): _____

 Дата составления . . г.

¹ Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 11)

 к Договору страхования¹ от № от

Настоящим Заявитель просит заменить действующего (-их) по состоянию на дату составления настоящего Приложения Выгодоприобретателя (-ей) по указанному (-ым) ниже риску (-ам) на лицо (-а). подробные сведения о котором (-ых) указаны в Приложении (-ях) к

Страховой риск	процент в страховой выплат
Выгодоприобретатель – 1: Ф.И.О.:	
<input type="checkbox"/> Дожитие	
<input type="checkbox"/> «Смерть Застрахованного лица» / «Смерть» и «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»	
Выгодоприобретатель – 2: Ф.И.О.:	
<input type="checkbox"/> Дожитие	
<input type="checkbox"/> «Смерть Застрахованного лица» / «Смерть» и «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»	
Выгодоприобретатель – 3: Ф.И.О.:	
<input type="checkbox"/> Дожитие	
<input type="checkbox"/> «Смерть Застрахованного лица» / «Смерть» и «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»	
Выгодоприобретатель – 4: Ф.И.О.:	
<input type="checkbox"/> Дожитие	
<input type="checkbox"/> «Смерть Застрахованного лица» / «Смерть» и «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»	

ВАЖНО!

При наличии нескольких Выгодоприобретателей % выплаты в сумме по всем Выгодоприобретателям не должен превышать 100%.

С назначением Выгодоприобретателя (-ей) ознакомлен (-а) и согласен (-а):

_____ (Ф.И.О. (полностью) Застрахованного лица (если отличается от Страхователя)) _____ (подпись)

 Подпись Заявителя (Представителя): _____

 Дата составления . . г.

¹ Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 12)

 к Договору страхования¹ № от

Настоящим Заявитель просит заменить действующего (-их) по состоянию на дату составления настоящего Приложения
Выгодоприобретателя
 (-ей) по указанному (-ым) ниже риску (-ам) на лицо (-а). Подробные сведения о котором (-ых) указаны в Приложении (-ях) к

Страховой риск	процент в страховой выплат
Выгодоприобретатель – 1: Ф.И.О.:	
<input type="checkbox"/> Смерть в Накопительный период»	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период выплат	
Выгодоприобретатель – 2: Ф.И.О.:	
<input type="checkbox"/> Смерть в Накопительный период»	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период выплат	
Выгодоприобретатель – 3: Ф.И.О.:	
<input type="checkbox"/> Смерть в Накопительный период»	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период выплат	
Выгодоприобретатель – 4: Ф.И.О.:	
<input type="checkbox"/> Смерть в Накопительный период»	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период выплат	

ВАЖНО!

При наличии нескольких Выгодоприобретателей % выплаты в сумме по всем Выгодоприобретателям не должен превышать 100%.

С назначением Выгодоприобретателя (-ей) ознакомлен (-а) и согласен (-а):

_____ (Ф.И.О. (полностью) Застрахованного лица
 (если отличается от Страхователя)) _____ (подпись)

 Подпись Заявителя (Представителя): _____

 Дата составления . . г.

¹ Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 13)

 к Договору страхования¹ № от

Настоящим Заявитель просит заменить действующего (-их) по состоянию на дату составления настоящего Приложения Выгодоприобретателя (-ей) по страховым рискам "Смерть Застрахованного лица" и "Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая" на лицо (-а), полные сведения о котором (-ых) указаны в Приложении (-ях) к Заявлению.

Ф.И.О. (полностью) Выгодоприобретателя	Процент в страховой выплате
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

ВАЖНО!
При наличии нескольких Выгодоприобретателей % выплаты в сумме по всем Выгодоприобретателям не должен превышать 100%.

С назначением Выгодоприобретателя (-ей) ознакомлен (-а) и согласен (-а):

_____ (Ф.И.О. (полностью) Застрахованного лица
(если отличается от Страхователя)) _____ (подпись)

Подпись Заявителя (Представителя): _____

Дата составления . . г.

¹ Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 14)

 к Договору страхования¹ № от

Настоящим Заявитель просит заменить действующего (-их) по состоянию на дату составления настоящего Приложения Выгодоприобретателя (-ей) 1-ой очереди по указанному (-ым) ниже риску (-ам) на лицо (-а), подробные сведения о котором (-ых) указаны в Приложении (-ях) к Заявлению.

Страховой риск	Процент в страховой выплате
Выгодоприобретатель – 1: Ф.И.О.:	
<input type="checkbox"/> «Дожитие с промежуточной выплатой (Дожитие 1)»	
<input type="checkbox"/> «Дожитие до окончания срока страхования (Дожитие 2)»	
<input type="checkbox"/> «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»	
Выгодоприобретатель – 2: Ф.И.О.:	
<input type="checkbox"/> «Дожитие с промежуточной выплатой (Дожитие 1)»	
<input type="checkbox"/> «Дожитие до окончания срока страхования (Дожитие 2)»	
<input type="checkbox"/> «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»	
Выгодоприобретатель – 3: Ф.И.О.:	
<input type="checkbox"/> «Дожитие с промежуточной выплатой (Дожитие 1)»	
<input type="checkbox"/> «Дожитие до окончания срока страхования (Дожитие 2)»	
<input type="checkbox"/> «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»	
Выгодоприобретатель – 4: Ф.И.О.:	
<input type="checkbox"/> «Дожитие с промежуточной выплатой (Дожитие 1)»	
<input type="checkbox"/> «Дожитие до окончания срока страхования (Дожитие 2)»	
<input type="checkbox"/> «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»	

ВАЖНО!

При наличии нескольких Выгодоприобретателей % выплаты в сумме по всем Выгодоприобретателям не должен превышать 100%.

С назначением Выгодоприобретателя (-ей) ознакомлен (-а) и согласен (-а):

_____ (Ф.И.О. (полностью) Застрахованного лица (если отличается от Страхователя)) _____ (подпись)

 Подпись Заявителя (Представителя): _____

 Дата составления . . г.

¹ Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

ФИО (полностью) Застрахованного лица	Дата рождения	Документ, удостоверяющий личность (наименование документа, серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения (если имеется))	Территория страхования, установленная при заключении Договора страхования	Необходимая территория страхования ³



(подпись)

(фамилия, инициалы Заявителя)

(дата Заявления)

г.

³ Укажите один из следующих вариантов: Россия / Россия, при лечении особо опасных заболеваний – Весь мир, за исключением территорий США / Россия, при лечении особо опасных заболеваний – Весь мир / Весь мир за исключением территорий США / Весь мир



ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 16)

к Договору страхования¹ № от

Настоящим Заявитель просит заменить действующего (-их) по состоянию на дату составления настоящего Приложения Выгодоприобретателя (-ей) по указанному (-ым) ниже риску (-ам) на лицо (-а), подробные сведения о котором (-ых) указаны в Приложении (-ях) к

(или по заявлению (или по решению (или по истребованию сведений с истцом (или указанию в проекте постановления (или в Заявлении.

Страховой риск	Процент в страховой выплате
Выгодоприобретатель – 1: Ф.И.О.:	
<input type="checkbox"/> Смерть	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период выплат	
Выгодоприобретатель – 2: Ф.И.О.:	
<input type="checkbox"/> Смерть	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период выплат	
Выгодоприобретатель – 3: Ф.И.О.:	
<input type="checkbox"/> Смерть	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период выплат	
Выгодоприобретатель – 4: Ф.И.О.:	
<input type="checkbox"/> Смерть	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период выплат	

ВАЖНО!

При наличии нескольких Выгодоприобретателей % выплаты в сумме по всем Выгодоприобретателям не должен превышать 100%.

С назначением Выгодоприобретателя (-ей) ознакомлен (-а) и согласен (-а):

_____ (Ф.И.О. (полностью) Застрахованного лица (если отличается от Страхователя)) _____ (подпись)

Подпись Заявителя: _____

Дата составления . . г.

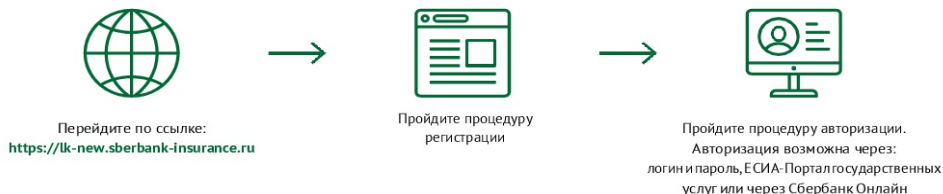
¹ Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

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

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.