

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.: 900 (бесплатный номер для звонков с мобильных по России); + 7 (495) 500 55 50 (номер для звонков из любой точки мира; бесплатный по Москве, платный в иных случаях).</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 включении 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.

ЗАЯВЛЕНИЕ

к Договору страхования¹ № 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"/> <input type="text"/>) <input type="text"/>	e-mail <input type="text"/>
Для представителей:	
Номер и дата доверенности: _____	
Срок действия доверенности: _____	
Ф.И.О. Представителя: _____	

ПРИЧИНА ОБРАЩЕНИЯ (выбрать нужное):

<input type="checkbox"/> Изменить персональные данные или иные сведения 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"/> Заменить Страхователя , 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"/> Заменить Выгодоприобретателя в соответствии с Приложениями к настоящему Заявлению.
<input type="checkbox"/> Изготовить дубликат документа (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"/> в связи с утерей
<input type="checkbox"/> по иной причине (указать): _____
<input type="checkbox"/> Изменить условия страхования 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).

Выражаю согласие, что персональные данные, указанные в договоре страхования жизни (Страховом полисе), заявлении на заключение договора страхования (заявление на страхование), декларации заявителя, страхователя, застрахованного лица могут быть переданы ООО СК «Сбербанк страхование жизни» обработчикам, ООО «Сбербанк страхование жизни» вправе поручить обработку персональных данных обработчикам. Перечень действий с персональными данными и общее описание используемых способов обработки, которыми обработчики вправе обрабатывать персональные данные, отражены в договоре страхования (полисе), заявлении на заключение договора страхования жизни (заявлении на страхование), декларации заявителя, страхователя, застрахованного лица.

К обработчикам относятся ПАО "Сбербанк"(ОГРН:1027700132195), адрес места нахождения: г. Москва (117997, Москва, ул. Вавилова,19), АО "Интеркомп" (ОГРН:1067746798008), адрес места нахождения: г. Москва (121357, г. Москва, ул.Верейская, д.29, стр.33), страховые агенты и иные третьи лица, осуществляющие обработку персональных данных в рамках и на основании заключенных ООО СК «Сбербанк страхование жизни» с этими лицами договоров / соглашений (агентские, договоры о сотрудничестве, возмездного оказания услуг, хранения, обеспечении конфиденциальности и безопасности, перестрахования и др.) в целях и / или в связи с оказанием страховой услуги. Перечень обработчиков, не указанных в настоящем документе, указан на официальном сайте Страховщика по адресу: <https://sberbank-insurance.ru>.

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

Подписывая настоящее заявление, а равно совершая любое действие, свидетельствующее о волеизъявлении (об акцепте и (или) офerte настоящего документа), в частности, осуществляя оплату страховой премии (первого страхового взноса при рассрочке), Заявитель добровольно выражает свою волю на присоединение к «СОГЛАШЕНИЮ О ПОРЯДКЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С КЛИЕНТАМИ ООО СК «СБЕРБАНК СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ» ПО УДАЛЕННОМУ КАНАЛАМ ОБСЛУЖИВАНИЯ» (далее-Соглашение ЭДО), размещенному на официальном интернет-сайте ООО СК «Сбербанк страхование жизни» по адресу <https://www.sberbank-insurance.ru>, подтверждает, что ознакомлен с текстом указанного выше Соглашения ЭДО и принимает все его условия без каких-либо оговорок.

Подпись Заявителя (Представителя): ✓

м.п. (при наличии)

Дата составления: . . г.

¹Далее 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 силу 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.

(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	<input type="text"/>
Дата регистрации	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> г.
ОГРН	<input type="text"/>
Наименование регистрирующего органа	<input type="text"/>
Место регистрации	<input type="text"/>
ИНН / КИО:	<input type="text"/>
Адрес:	
Адрес местонахождения	<input type="text"/>
Почтовый адрес (при отличии)	<input type="text"/>
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)	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Телефон (факс):	<input type="text"/>
Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства: США: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Другая страна <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Сведения об уполномоченном представителе Страхователя:

Фамилия, имя, отчество (полностью):	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Должность	<input type="text"/>
Документ, удостоверяющий полномочия:	<input type="text"/>
Наименование	<input type="text"/>
Номер документа	<input type="text"/>
Дата документа	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> г.

Дата составления . . г. (Подпись) ✓ (фамилия, инициалы и должность представителя Страхователя)¹Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 11)

 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 Заявлению.

Страховой риск	Процент в страховой выплате
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".