

в ООО СК "Сбербанк страхование жизни" (далее - "Страховщик")

ЗАЯВЛЕНИЕ

от _____ г.

к Договору страхования № _____ от _____ г.
 Дата фактического получения договора страхования / полиса: _____ г.
 Дата оплаты страховой премии (первого страхового взноса): _____ г.
 К кредитному договору № (если применимо): _____ г. статус кредитного договора: _____
 Дата полного досрочного погашения кредита (если применимо): _____ г.
 Остаток ссудной задолженности по кредиту (если применимо): _____ руб.

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ - СТРАХОВАТЕЛЕ/НАСЛЕДНИКЕ/ПРЕДСТАВИТЕЛЕ/ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕ (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: _____

Дополнительно для иностранных лиц и лиц без гражданства необходимо предоставить данные миграционной карты.

Серия, номер: _____ Дата начала срока пребывания: _____ Дата окончания срока пребывания: _____
 Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ:
 Наименование документа: _____ серия, номер: _____
 Дата начала и дата окончания срока действия права пребывания (проживания) в РФ с: _____ по: _____

СВЕДЕНИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ (только при обращении Наследника или Представителя (нужное подчеркнуть)):

ФИО (полностью) _____

 Номер и дата доверенности (только для Представителя): _____
 Дата рождения: _____ г.
 ИНН: _____
 Дата смерти (только при обращении Наследника): _____ г.

ПРИЧИНА ОБРАЩЕНИЯ (выбрать нужное):

- | | | |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ: | Проставляя ниже подпись, Заявитель отказывается в полном объеме от вышеуказанного договора страхования (любая причина) |
| <input type="checkbox"/> | ВОЗВРАТ ИЗЛИШНЕГО ВЗНОСА/ ВЫПЛАТА ВЫКУПНОЙ СУММЫ ПОСЛЕ РАСТОРЖЕНИЯ СТРАХОВЩИКОМ | Проставляя ниже подпись, Заявитель просит вернуть ошибочно уплаченные денежные средства/ выплатить выкупную сумму после расторжения договора Страховщиком (если подлежит возврату по итогам рассмотрения Заявления)
Примечание: если договор действует на дату предоставления заявления Заявителем, то его действие <u>не прекращается</u> в связи с возвратом излишне (ошибочно) уплаченных денежных средств. |

Примечания (указать при необходимости):

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:	<input type="text"/>
Наименование банка (и его отделения):	<input type="text"/>
Адрес и телефон банка:	<input type="text"/>
БИК: <input type="text"/>	ИНН банка: <input type="text"/>
Расчетный счет банка:	<input type="text"/>
Корреспондентский счет банка:	<input type="text"/>
Лицевой счет Получателя:	<input type="text"/>
№ пластиковой карты Получателя (для перечислений на карту):	<input type="text"/>

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.
- Подписывая настоящее заявление, а равно совершая любое действие, свидетельствующее о волеизъявлении (об акцепте и (или) оферте настоящего документа), Заявитель также просит осуществить возврат излишне уплаченной по договору страховой премии (при наличии).
- Подписывая настоящее заявление, а равно совершая любое действие, свидетельствующее о волеизъявлении (об акцепте и (или) оферте настоящего документа), Заявитель подтверждает отзыв:
- а) всех ранее поданных, но не урегулированных заявлений о внесении изменений в условия договора страхования;
 - б) всех ранее поданных, но не урегулированных заявлений о прекращении договора страхования.

Заявитель также просит осуществить по указанному в настоящем заявлении договору страхования, все страховые выплаты (в том числе выплаты Дополнительного инвестиционного дохода) по страховому (-ым) риску (-ам) «дожитие», которые согласно условиям договора страхования полагаются Заявителю, как по заявленным ранее событиям, так и по событиям, о которых Страховщик уведомлен не был, даты наступления которых произошли до даты расторжения/прекращения договора страхования (в случае наличия таких событий). При этом, Заявитель просит не рассматривать прекращение договора страхования в качестве обстоятельства, прекращающего обязательства по указанным в настоящем абзаце выплатам.

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

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.

Выражаю согласие, что персональные данные, указанные в договоре страхования жизни (Страховом полисе), в настоящем заявлении, заявлении на заключение договора страхования (заявление на страхование), декларации заявителя, страхователя, застрахованного лица могут быть переданы ООО СК «Сбербанк страхование жизни» обработчикам, ООО СК «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 (119435, Россия, г. Москва, муниципальный округ Хамовники вн.тер.г., Большой Саввинский пер., д. 12, стр. 6, этаж 2, помещ. 1а), 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>.

Согласие действует в течение пяти 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.

Подписывая настоящее Заявление, Заявитель в целях получения информации от ФНС России о получении или не получении социального налогового вычета (если такой вычет полагается в рамках договора страхования) выражает свое добровольное согласие на передачу своих персональных данных (в порядке и объеме, предусмотренных Налоговым кодексом Российской Федерации), содержащихся в договоре страхования, ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (адрес места нахождения: 121170, г. Москва, ул. Поклонная, д. 3, корпус 1) в ФНС России (адрес: 127381, г. Москва, ул. Неглинная, д. 23).



(подпись)

(фамилия, инициалы Заявителя)

(дата Заявления)

г.

Служебные отметки:

Дата и время предоставления заявления заявителем

ч

мин

г.

Наименование ТБ

Номер ВСП

Сотрудник Банка

(ФИО)

Номер мобильного телефона сотрудника Банка

Внимательно ознакомьтесь с условиями досрочного прекращения договора страхования	
ШАГ 1	<p>Подсказка: проверьте срок для отказа от договора страхования с возвратом денежных средств / их части (указывается в договоре страхования (в приложениях к нему)). В поле "примечание" под блоком причины обращения можно указать причину отказа от договора. Для отказа от договора страхования с возвратом денежных средств / их части (если предусмотрено) важно предоставить Страховщику все необходимые документы в строго определенный срок.</p> <p>Подсказка: перед тем, как отказаться от страхования, пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с соответствующими условиями договора страхования (в т.ч. приложениями к нему). Обратите особое внимание на случаи, когда уплаченная премия не подлежит возврату или выкупная сумма (если предусмотрена договором страхования) равняется нулю.</p> <p>Важно! В случае, если за выплатой выкупной суммы обращается Страхователь, однако страховые взносы были уплачены иным лицом, с выкупной суммы будет удержан налог.</p>
Подготовьте / соберите нужные документы	
ШАГ 2	<p>Подсказка: Ниже в памятке приводится общий список возможных документов, однако помните, что собирать документы следует с учетом конкретной ситуации, в зависимости от обстоятельств и причин прекращения.</p> <p>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>
Представьте документы в отделение ПАО Сбербанк (или непосредственно Страховщику)	
ШАГ 3	<p>Подсказка: ☑ 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 прекращении договора страхования по установленной Страховщиком форме; • Копия документа, удостоверяющего личность Заявителя (с копией страницы, содержащей данные о регистрации); • Копия договора страхования с приложением всех оформленных дополнительных соглашений; • Платежный документ, подтверждающий оплату (желательно).
ДОПОЛНИТЕЛЬНО	Для наследников:
	Оригинал или нотариально заверенная копия Свидетельства о праве на наследство в отношении договора страхования.
	Для представителей:
	Оригинал или нотариально заверенная копия доверенности (иного документа, подтверждающего полномочия).
ДОПОЛНИТЕЛЬНО	В случае досрочного погашения кредита:
	Оригинал Справки, подтверждающей полное досрочное погашение кредита, с обязательным указанием даты погашения кредита.
	Для договоров страхования жизни сроком 5 лет и более:
ДОПОЛНИТЕЛЬНО	Оригинал справки, выданной налоговым органом, подтверждающей неполучение / получение налогоплательщиком социального налогового вычета.
	<p>Подсказка: при выплате выкупной суммы (если предусмотрена договором страхования и не равняется нулю) ☑ Страховщиком может подлежать удержанию сумма налога, которая исчисляется в соответствии с положениями Налогового кодекса Российской Федерации. Во избежание подобного удержания следует предоставить Страховщику соответствующую справку, выданную налоговым органом. Если справка о неполучении налогового вычета будет предоставлена Страховщику, Страховщик выплатит выкупную сумму без удержания НДФЛ.</p> <p>Страховщик исчисляет, удерживает и уплачивает в бюджет налог на доходы физических лиц со взносов по Договору страхования, оплаченных начиная с 1 января 2015г. за каждый календарный год, в котором налогоплательщик имел право на получение социального налогового вычета, а также если срок действия договора страхования жизни 5 и более лет.</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. При обращении представителей рекомендуется указывать реквизиты Страхователя (а не Представителя). При расторжении договора страхования Выгодоприобретателем, который не является Страхователем, вопрос о выплате денежных средств (если полагаются) может быть рассмотрен только на основании обращения Страхователя (наследников).