

по опции "Досрочная выплата дополнительного инвестиционного дохода" (далее "Досрочная выплата ДИД")

Проверьте доход в Личном кабинете и внимательно ознакомьтесь с условиями исполнения опции	
ШАГ 1	По опции предусмотрены лимиты, поэтому рекомендуем предварительно ознакомиться с текущим размером дополнительного инвестиционного дохода (далее - "ДИД") в Личном кабинете на интернет-сайте Страховщика www.sberbank-insurance.ru. Это значение меняется каждый день, поэтому риск отказа в исполнении опции сохраняется. Возможно обратиться за снятием ДИД один раз в месяц. Для исполнения опции необходимо, чтобы после принятия Заявления сохранилась положительная динамика ключевого производного финансового инструмента. Заявлением на досрочную выплату ДИД Вы предоставляете Страховщику право отменить / не рассматривать обращения по иным опциям ("фиксация ДИД" или "смена Рискowego фонда / Базового актива" или "внесение
Выберите период расчета и подготовьте нужные документы	
ШАГ 3	Для выбора периода расчета ДИД в следующем календарном месяце следует предоставить все документы не позднее предпоследнего рабочего дня текущего месяца. При более позднем предоставлении документов период расчета будет через месяц. Подсказка: Ниже в памятке приводится общий список необходимых документов для проведения опции "Досрочная выплата ДИД", однако в случае досрочной выплаты ДИД юридическому лицу, или иностранному лицу, или лицу без гражданства, или нерезиденту комплект документов может быть расширен. Оформить документы на опцию "досрочная выплата ДИД" может только Страхователь.
Представьте документы в отделение ПАО Сбербанк (или непосредственно Страховщику)	
ШАГ 3	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. Заявления и дополнительное соглашение с Приложением (в случае если требуется) Клиент может распечатать самостоятельно в Личном кабинете на интернет-сайте Страховщика—www.sberbank-insurance.ru. Также вы можете обратиться в службу клиентской поддержки 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)
Необходимый перечень документов, предоставляемых Страховщику:	
	• Подписанный Страхователем и корректно заполненный оригинал Заявления на досрочную выплату дополнительного инвестиционного дохода по установленной Страховщиком форме;* • Копия документа, удостоверяющего личность Заявителя (с копией страницы, содержащей данные о регистрации); • Копия документа, содержащего сведения об адресе места жительства (регистрации) или места пребывания - для иностранных лиц или лиц без гражданства; • Дополнительное соглашение и Приложение №1 по установленной Страховщиком форме* (обязательно только для договоров страхования оформленных до 03.02.2014 г.) *Страхователю необходимо заполнить все поля Заявления и, если требуется, Дополнительного соглашения (включая Приложение №1) 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", "Реквизиты для выплаты" Обязательно должна быть подпись Страхователя, в специально отведенном для этого месте.

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ДОСРОЧНУЮ ВЫПЛАТУ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИНВЕСТИЦИОННОГО ДОХОДА

по Договору страхования жизни серия _____ № _____ от _____. _____. _____. г.
(далее - Договор страхования жизни)

ВАЖНО! По данной форме Заявителем и получателем денежных средств (если полагаются к выплате) может являться только непосредственно Страхователь. По иным обращениям (в т.ч. при обращении за получением денежных средств представителем), пожалуйста, свяжитесь предварительно со Страховщиком (телефон круглосуточного Контакт-Центра: +7 495 500 55 50 или номер 900 (бесплатный номер для звонков по России)).

Сведения о Страхователе (Заявителе):

_____,

ФИО полностью

Документ, удостоверяющий личность

Наименование:			Код подразделения	
Серия и номер:		Когда выдан:	(при наличии):	
Кем выдан				

Адрес для направления корреспонденции

Страна:		Область (край)		Населенный пункт	
Район		Улица		Дом	
Корпус/строение		Квартира		Индекс	

Контактные данные

Мобильный тел.:		Адрес электронной почты:	
ИНН (при наличии):			

Проставляя ниже свою подпись, Заявитель подтверждает, что ранее предоставленные Страховщику сведения о Заявителе актуальны и не претерпели изменений.

ВАЖНО! При наличии изменений в ранее предоставленных сведениях, пожалуйста, свяжитесь предварительно со Страховщиком (телефон круглосуточного Контакт-Центра: +7 495 500 55 50 или номер 900 (бесплатный номер для звонков по России)) для получения иной формы заявления и(или) уточнения перечня документов, которые следует предоставить.

1. Настоящим Заявитель просит выплатить сумму дополнительного инвестиционного дохода (ДИД) при выполнении условий, указанных в подп. 3.1 и 3.2 настоящего Заявления, и просит определить размер ДИД на рабочий день, предшествующий дате расчета.

2. Настоящим Заявитель соглашается со следующими правилами определения даты расчета ДИД:

- 2.1. Дата расчета устанавливается Страховщиком внутри того периода расчета, который будет применяться к Заявлению.
- 2.2. Период расчета применяется к Заявлению в зависимости от даты получения Страховщиком Заявления и согласно нижеследующему графику (далее - "график").

ВАЖНО! Факт получения Страховщиком Заявления определяется путем проставления Страховщиком (его уполномоченным представителем) соответствующей регистрационной отметки, содержащей дату получения.

2.3. Заявитель выбирает дату расчета путем предоставления Страховщику Заявления согласно графику.

период, в течение которого Страховщик получил Заявление	дата проверки	период расчета
28.11.2020-30.12.2020	31.12.2020	11.01.2021-22.01.2021
31.12.2020-28.01.2021	29.01.2021	08.02.2021-19.02.2021
29.01.2021-25.02.2021	26.02.2021	09.03.2021-19.03.2021
26.02.2021-30.03.2021	31.03.2021	05.04.2021-16.04.2021
31.03.2021-29.04.2021	30.04.2021	11.05.2021-21.05.2021

30.04.2021-28.05.2021	31.05.2021	07.06.2021-18.06.2021
29.05.2021-29.06.2021	30.06.2021	05.07.2021-16.07.2021
30.06.2021-29.07.2021	30.07.2021	09.08.2021-20.08.2021
30.07.2021-30.08.2021	31.08.2021	06.09.2021-17.09.2021
31.08.2021-29.09.2021	30.09.2021	04.10.2021-15.10.2021
30.09.2021-28.10.2021	29.10.2021	08.11.2021-19.11.2021
29.10.2021-29.11.2021	30.11.2021	06.12.2021-17.12.2021
30.11.2021-29.12.2021	30.12.2021	11.01.2022-21.01.2022

3. Настоящим Заявитель соглашается с тем, что для исполнения требования, указанного в настоящем Заявлении, должны быть выполнены следующие условия:

3.1. Размер дополнительного инвестиционного дохода по состоянию на соответствующую дату проверки равен или превышает одно из следующих значений: 10 000 (десять тысяч) рублей, если страховые суммы по договору страхования установлены в рублях; 100 (сто) долларов США, если страховые суммы по договору страхования установлены в долларах США.

3.2. Стоимость производного финансового инструмента (которая ключевым образом влияет на размер ДИД) на рабочий день, предшествующий дате расчета, должна быть больше или равна цене этого инструмента на соответствующую дату проверки согласно графику. Изменение ДИД, связанное с изменением курса доллара США по отношению к российскому рублю, при этом не учитывается.

ВАЖНО! Принимая решения относительно исполнения опции обязательно ознакомьтесь с размером дополнительного инвестиционного дохода по вашему договору, данную информацию вы можете получить в личном кабинете клиента. Ключевые факторы, влияющие на размер ДИД является изменения стоимости базового актива, на который выпущен ваш полис ИСЖ, курсы валютной пары USD/RUR и срок до окончания договора, тем самым размер ДИД постоянно изменяется в зависимости от рыночной конъюнктуры. Подавая заявление на исполнение опций вы принимаете на себя рыночные риски, которые выражаются в изменении размера ДИД с момента написания заявления до момента исполнения заявленной вами опции. Отдельно обращаем ваше внимание, что исполнение опции снизит текущий коэффициента участия в динамике базового актива (с текущим размером КУ вы так же можете ознакомиться в личном кабинете клиента).

4. Проставляя ниже свою подпись, Заявитель понимает и соглашается с тем, что, если любое из указанных в подпунктах 3.1 и 3.2 настоящего Заявления условий не соблюдено, настоящее Заявление не подлежит исполнению и у Страховщика не возникает обязанности произвести выплату ДИД.

5. Заявитель просит осуществить выплату ДИД (когда полагается) безналичным перечислением по следующим реквизитам:

ВАЖНО! Все поля обязательны для заполнения.

Получатель: -----вышеуказанный Заявитель-----

Наименование банка (и его отделения):

Адрес и телефон банка:

БИК		ИНН Банка	
Расчетный счет банка:			
Корреспондентский счет банка:			
Лицевой (расчетный) счет Заявителя:			
№ пластиковой карты Получателя (для перечислений на карту):			

6. Проставляя ниже свою подпись, Заявитель предоставляет Страховщику право принять следующие решения по ранее поданным обращениям в связи с исполнением опций:

- отменить все ранее подключенные опции фиксации (единовременная фиксация и «Автопилот») и не подключать опции по любым обращениям, полученным Страховщиком до получения настоящего Заявления. При этом, дату, с которой опции будут отменены / не подлежат подключению, Заявитель оставляет на усмотрение ООО СК «Сбербанк страхование жизни».
- не рассматривать обращения, связанные с увеличением страховых сумм за счет средств дополнительного инвестиционного дохода и (или) внесением дополнительного взноса и (или) сменой рискованного фонда / Базового актива, когда они поступили в том же календарном месяце, что и данное Заявление.

7. Проставляя ниже свою подпись, Страхователь предоставляет Страховщику следующие согласия:

7.1. Направлять смс-сообщения (если направляются) на указанный выше номер телефона в связи с рассмотрением обращений Заявителя (в т.ч. ранее направленных) по любым опциям: досрочное снятие дополнительного инвестиционного дохода, увеличение страховых сумм за счет средств дополнительного инвестиционного дохода, внесение дополнительного взноса, смена рискованного фонда / Базового актива. В частности, Страхователь предоставляет свое согласие получить ответ Страховщика по итогам рассмотрения настоящего Заявления (если направляется) в виде смс-сообщения.

7.2. Выражаю согласие, что персональные данные, указанные в договоре страхования жизни (Страховом полисе), заявлении на заключение договора страхования (заявлении 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, д. 19), АО "Интеркомп" (ОГРН:1067746798008), адрес места нахождения: г. Москва (121357, Москва, ул. Вере́йская, 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>.

Подписывая настоящее 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), Заявитель добровольно выражает 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>, подтверждает, что ознакомлен с текстом указанного выше Соглашения ЭДО и принимает все его условия без каких-либо оговорок.

Дата заполнения ____ . ____ . ____ г.

✓

подпись

Фамилия, инициалы Заявителя