

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 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 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 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 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 align="center">Для представителей:</p> <p>Оригинал или нотариально заверенная копия доверенности (иного документа, подтверждающего полномочия).</p>
	<p align="center">Замена Страхователя в связи со смертью:</p> <p>Обратиться в Страховую компанию для консультации по документам и порядку действий.</p>
	<p 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.

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (форма 1) для физических лиц

к Договору страхования¹ № от г.

Лицо, сведения о котором приведены в настоящем Приложении, относится к следующей категории (нужное отметить):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Страхователь | <input type="checkbox"/> новый Выгодоприобретатель |
| <input type="checkbox"/> Застрахованное лицо | <input type="checkbox"/> новый Страхователь |
| <input type="checkbox"/> действующий Выгодоприобретатель по программе (-ам) страхования / страховому (-ым) риску (-ам): _____ | |

Персональные данные и иные сведения об указанном выше лице (на новых Выгодоприобретателей, новых Страхователей, новых Застрахованных лиц заполняются все поля с учетом примечаний к данной форме; для остальных категорий лиц подлежат заполнению Ф. И. О., дата рождения и те данные, которые изменились):

Фамилия, имя, отчество (полностью)

Дата рождения: . . г.Моб. Телефон: ()

Гражданство* (при наличии нескольких указать все):

ИНН РФ:

Место рождения:

Страна рождения:

СНИЛС (при наличии):

Документ, удостоверяющий личность/ наименование документа:

серия, номер:

№

дата выдачи:

г.

код

подразделения:

наименование органа, выдавшего документ:

Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания:

Адрес для направления корреспонденции:

Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства:

США: Да Нет

Другая страна:

 Да Нет

ИНН США:

-

ИНН (Другая страна):

Указать страну/ Страна

Наличие вида на жительство

в иностранном государстве: Да Нет

*Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства:

Серия, номер миграционной карты:

Дата начала и дата окончания срока пребывания:

Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ:

наименование документа:

серия, №

Дата начала и дата окончания срока действия права пребывания (проживания) в РФ:

Родственная связь со Страхователем (заполняется только на Выгодоприобретателей)

Сведения, которые могут повлечь увеличение страхового риска (заполняется только на Застрахованное лицо):

Профессия и должность:	
Профессиональная деятельность:	
Род занятий:	
Наименование организации:	
Сфера деятельности:	
Сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне:	
Сведения о переезде / перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий	
Иное:	



(Подпись Заявителя)

(фамилия, инициалы Заявителя)

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"/>	
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 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"/> (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"/> (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