

В ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (далее – «Страховщик»)  
адрес: 300041, Тульская область, г. Тула, ул. Коминтерна, д. 31

ЗЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
к Договору страхования № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (далее – Договор страхования)

**ВАЖНО!** По данной форме Заявителем и получателем денежных средств (если полагаются к выплате) может являться только Страхователь. При обращении представителей, пожалуйста, свяжитесь предварительно со Страховщиком.

### 1. ДАННЫЕ СТРАХОВАТЕЛЯ

Ф.И.О. (полностью):			
Дата рождения:			
Место рождения:		Страна рождения:	
Гражданство (при наличии нескольких указать все):		ИНН (РФ) (при наличии):	
<b>Данные документа, удостоверяющего личность Страхователя:</b>			
Наименование документа:			
Серия, номер		Дата выдачи:	
Кем выдан:		Код-подразд.	

Адрес места жительства (регистрации):			
Адрес для направления корреспонденции (если отличается):	индекс	□ □ □ □ □ □	
Мобильный телефон:			
Адрес электронной почты:			

### 2. ПРИЧИНА ОБРАЩЕНИЯ (отметьте одну причину):

**ВАЖНО!** Необходимо отметить только одну из указанных ниже причин. Заявление с двумя и более отмеченными вариантами является недействительным вследствие невозможности определения волеизъявления Заявителя.

<input type="checkbox"/>	Наличие ограничений для принятия на страхование (несогласованность Сторонами существенных условий Договора страхования) *  _____ <i>укажите категорию лиц, к которой Вы относились на момент заключения Договора страхования</i>
<input type="checkbox"/>	Отказ от Договора страхования  _____ <i>просьба указать причину</i>
<input type="checkbox"/>	Ненадлежащий платеж (Страховая премия оплачена не в полном объеме или позднее установленного срока)

\* В случае обращения Заявителя с заявлением о признании договора страхования незаключенным по причине наличия каких-либо ограничений для принятия на страхование, необходимо предоставить (приложить к заявлению) надлежащим образом удостоверенные документы, подтверждающие наличие таких ограничений на момент заключения Договора страхования.

Подпись Страхователя \_\_\_\_\_

**Прошу досрочно прекратить действие Договора страхования/ считать Договор страхования не вступившим в силу / незаключенным (в зависимости от того, что применимо).**

**ВАЖНО!** Перед тем как расторгнуть Договор страхования, пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с Условиями/Правилами страхования. Обратите особое внимание на случаи, когда уплаченная премия не возвращается / выкупная сумма не выплачивается или равняется нулю. При возникновении вопросов, пожалуйста, обратитесь за разъяснениями к Страховщику.

### 3. РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ

**Прошу осуществить мне выплату денежных средств (если полагаются) в форме безналичных расчетов по указанным реквизитам:**

	<input type="checkbox"/> на счет в «Сетелем Банк» ООО <sup>1</sup> :	<input type="checkbox"/> на счет в другом банке <sup>2</sup> :
<b>Банк-получатель*</b>	«Сетелем Банк» ООО	
<b>ИНН*</b>	6452010742	
<b>ПОЛУЧАТЕЛЬ</b>	Страхователь	Страхователь
<b>КОР. СЧЕТ*</b>	к/с: 3010181050000000811 в ОПЕРУ Москва	
<b>БИК*</b>	044525811	
<b>№ СЧЕТА ПОЛУЧАТЕЛЯ*</b>		
<b>Номер карты (для перечисления на карту)*</b>		

### 4. ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

Настоящим осознаю, понимаю и согласен(на) с тем, что Страховщик вправе не рассматривать данное заявление при отсутствии подтверждающих документов/сведений (когда требуются).

Настоящим подтверждаю свое ознакомление и согласие с условиями досрочного прекращения Договора страхования и правилами расчета выкупной суммы, содержащимися в Условиях/Правилах страхования, и обязуюсь предоставить все необходимые документы, предусмотренные Условиями/Правилами страхования. Осознаю, понимаю и согласен(на), что в случае отказа Страхователя от Договора страхования в течение 14 (четырнадцать) календарных дней со дня вступления Договора страхования в силу, Страхователю подлежит выплата уплаченная Страховая премия в полном объеме. В случае отказа Страхователя от Договора страхования по истечении 14 (четырнадцать) календарных дней со дня вступления Договора страхования в силу, возврат страховой премии (ее части) не предусмотрен. В случае отказа Страхователя от Договора страхования по истечении 14 (четырнадцать) календарных дней со дня вступления Договора страхования в силу, заключенного в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита(займа), при условии полного досрочного исполнения заемщиком(Страхователем) обязательств по договору потребительского кредита, возврат Страхователю страховой премии (ее части) производится по следующей формуле:  $S = \text{уплаченная страховая премия} - (\text{уплаченная страховая премия} * \text{срок фактического действия договора в днях} / \text{срок действия договора в днях})$ , где  $S$  – сумма подлежащая возврату. Договор страхования считается заключенным в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа), если в зависимости от заключения заемщиком такого договора страхования кредитором предлагаются разные условия договора потребительского кредита (срок возврата, процентная ставка и т.д.)<sup>3</sup>

Подписывая настоящее заявление, подтверждаю и соглашаюсь с тем, что события, произошедшие после досрочного прекращения Договора страхования (равно как и до вступления Договора страхования в силу), не могут являться страховыми случаями и не влекут за собой осуществления страховых выплат. Настоящим заявляю об отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, по Договору страхования.

Проставляя свою подпись, Страхователь выражает свое согласие на использование Страховщиком его персональных данных в целях осуществления контроля и оценки качества страховой услуги по всем вопросам ее предоставления (например, для выяснения причин отказа от договора страхования), в т.ч. путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи.

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. 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 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.

✓

\_\_\_\_\_  
(Подпись Страхователя)

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, инициалы  
Страхователя)

Дата заполнения: \_\_\_\_\_

## 5. СПИСОК ПРИЛАГАЕМЫХ ДОКУМЕНТОВ

№ п/п		Наименование и реквизиты документа
1	<input type="checkbox"/>	Копия документа, удостоверяющего личность
2	<input type="checkbox"/>	Копия Договора страхования
3	<input type="checkbox"/>	Копия кредитного договора (если применимо)
4	<input type="checkbox"/>	Справка о полном досрочном погашении кредита (если применимо).
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

<sup>1</sup> При указании реквизитов счета в «Сетелем Банк» ООО убедитесь в том, что Ваш счет будет действующим на дату предполагаемого перечисления.

<sup>2</sup> Обязательные для заполнения поля отмечены звёздочками

<sup>3</sup> Уважаемый Клиент, перед подачей заявления о расторжении договора страхования просим убедиться в том, что договор страхования заключен в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита(займа). Это можно узнать внимательно, прочитав условия заключенного Вами договора потребительского кредита (займа). Расторжение договора страхования, не попадающего под указанную выше категорию, может быть не выгодно, т.к. по истечении периода охлаждения возврат денежных средств, уплаченных по договору страхования, не предусмотрен.