

**ФОРМА ПРЕДУСМОТРЕНА ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЛИЦОМ, ОПЛАТИВШИМ СТРАХОВУЮ ПРЕМИЮ)  
ПРИМЕНЯЕТСЯ ТОЛЬКО ПО ЛИЧНОМУ СТРАХОВАНИЮ**

Просьба заполнять печатными буквами. Все исправления должны быть заверены подписью Страхователя (Застрахованного лица). При отсутствии данных ставится прочерк.

Генеральному директору ООО СК «Сбербанк страхование жизни»  
М.Б. Чернину (далее – Страховщик)

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ЗАМЕНЕ ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	«__» _____ 20__ г.
наименование Договора страхования (полностью)	серия и номер	дата заключения

Заявитель (Страхователь /  
Застрахованное лицо) (ФИО  
полностью):  
Реквизиты документа,  
удостоверяющего личность  
(наименование, серия, номер, дата  
выдачи и наименование выдавшего  
органа):

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Настоящим прошу полностью заменить действующего(их) по состоянию на дату составления настоящего Заявления Выгодоприобретателя(ей) по страховым рискам «Смерть Застрахованного лица», «Смерть от несчастного случая», «Инвалидность 1 или 2 группы Застрахованного лица» / «Установление Застрахованному лицу инвалидности 1 или 2 группы» (с учетом того, что применимо) на следующее лицо:

Фамилия, имя, отчество (полностью):	<input type="text"/>		
Дата рождения:	<input type="text"/>	ИНН (при наличии):	<input type="text"/>
Место рождения:	<input type="text"/>	Гражданство:	<input type="text"/>
Реквизиты документа, удостоверяющего личность:	<input type="text"/>		
Наименование:	<input type="text"/>	Дата выдачи:	<input type="text"/>
Серия, номер:	<input type="text"/>	Код подразделения (если имеется):	<input type="text"/>
Кем выдан:	<input type="text"/>		
Адрес регистрации:	<input type="text"/>		
Адрес места жительства (при отличии):	<input type="text"/>	Телефон:	<input type="text"/>

Дополнительно для иностранных граждан / лиц без гражданства:

Номер миграционной карты:  Срок пребывания: с  по

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

Наименование:  серия, номер:

Срок действия права на пребывание (проживание): с  по

Страхователь обязуется незамедлительно уведомлять Страховщика обо всех изменениях в сведениях, указанных в настоящем Заявлении. При получении указанной информации Страховщик обновляет соответствующие сведения согласно приложенным к договору страхования Условиям страхования. Сведения, указанные в настоящем Заявлении, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении.

Подписывая настоящее Заявление, Страхователь подтверждает следующее: 1) новый Выгодоприобретатель не является иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций и/или родственником иностранного публичного должностного лица, 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. В ином случае Страхователь обязуется предоставить подтверждающие вышеназванные данные документы; 2) новый Выгодоприобретатель не имеет регистрации, места жительства / нахождения, счета в банке в государстве (на территории), которое (ая) не выполняет рекомендации ФАТФ; 3) Новый Выгодоприобретатель не является субъектом санкций Управления по контролю за иностранными активами Министерства финансов США и Европейского Союза.

Если Выгодоприобретатель выполнил какую-либо из обязанностей по договору страхования, замена Выгодоприобретателя не осуществляется.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Дата составления	Подпись Страхователя (Застрахованного лица)