

**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:**

|                                               |               |                                       |
|-----------------------------------------------|---------------|---------------------------------------|
| наименование Договора страхования (полностью) | серия и номер | «__» _____ 20__ г.<br>дата заключения |
|-----------------------------------------------|---------------|---------------------------------------|

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

|  |
|--|
|  |
|--|

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<br>(полностью):         |  |                                   |  |
| Дата рождения:                                 |  | ИНН (при наличии):                |  |
| Место рождения:                                |  | Гражданство:                      |  |
| Реквизиты документа, удостоверяющего личность: |  |                                   |  |
| Наименование:                                  |  | Дата выдачи:                      |  |
| Серия, номер:                                  |  | Код подразделения (если имеется): |  |
| Кем выдан:                                     |  |                                   |  |
| Адрес регистрации:                             |  |                                   |  |
| Адрес места жительства<br>(при отличии):       |  | Телефон:                          |  |

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.

|                  |                                             |
|------------------|---------------------------------------------|
| Дата составления | Подпись Страхователя (Застрахованного лица) |
|------------------|---------------------------------------------|