

<b>Внимательно ознакомьтесь с условиями внесения изменений</b>	
<b>ШАГ 1</b>	<p><b>Подсказка:</b> 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><b>Подсказка:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• замена Страхователя не предусмотрена для договоров страхования, предусматривающих освобождение Страхователя от уплаты страховых взносов.</li> <li>• 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.</li> <li>• изменения, которые могут повлечь за собой пересмотр условий страхования производятся строго в полисную годовщину, иные изменения могут производиться в любое время действия договора страхования.</li> </ul>
<b>ШАГ 2</b>	<p align="center"><b>Подготовьте / соберите нужные документы</b></p> <p><b>Подсказка:</b> 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><b>Подсказка:</b> 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>
<b>ШАГ 3</b>	<p align="center"><b>Представьте документы в отделение ПАО Сбербанк (или непосредственно Страховщику)</b></p> <p><b>Подсказка:</b> 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 <a href="http://www.sberbank-insurance.ru">www.sberbank-insurance.ru</a>. 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:**

<b>Документы:</b>	
<b>ВСЕГДА</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Подписанный Заявителем и корректно заполненный оригинал Заявления о внесении изменений в договор страхования по установленной Страховщиком форме;</li> <li>• Копия документа, удостоверяющего личность Заявителя (с копией страницы, содержащей данные о регистрации);</li> </ul> <p><b>Подсказка:</b> 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>
<b>ДОПОЛНИТЕЛЬНО</b>	<p align="center"><b>В случае увеличения размера страховой суммы/срока страхования, включения дополнительных рисков, выхода из финансовых каникул, а так же включения Застрахованного лица:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Оригинал Анкеты Застрахованного лица или Анкеты Застрахованного ребенка (если застрахован ребенок)</li> <li>• Медицинские документы (в случае наличия заболеваний)</li> <li>• Финансовые документы (при необходимости)</li> <li>• Платежный документ, подтверждающий оплату увеличенного/измененного страхового взноса</li> <li>• Медицинская анкета Застрахованного лица</li> </ul>
	<p align="center"><b>В случае Административных изменений (смена выгодоприобретателя/страхователя/персональных данных):</b></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"><b>Для представителей:</b></p> <p>Оригинал или нотариально заверенная копия доверенности (иного документа, подтверждающего полномочия).</p>
	<p align="center"><b>Замена Страхователя в связи со смертью:</b></p> <p>Обратиться в Страховую компанию для консультации по документам и порядку действий.</p>
	<p align="center"><b>Вспомогательная информация:</b></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"> <li>• полностью оплачены не менее 2-х лет;</li> <li>• 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));</li> <li>• Финансовые каникулы могут предоставляться только 1 раз в течение действия договора.</li> </ul> <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 страхования<sup>1</sup>  №  от    г.

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

- Страхователь
  новый Выгодоприобретатель  
 Застрахованное лицо
  новый Страхователь  
 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:	<input type="text"/>
Профессиональная деятельность:	<input type="text"/>
Род занятий:	<input type="text"/>
Наименование организации:	<input type="text"/>
Сфера деятельности:	<input type="text"/>
Сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне:	<input type="text"/>
Сведения о переезде / перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий	<input type="text"/>
Иное:	<input type="text"/>



(Подпись Заявителя)

(фамилия, инициалы Заявителя)

<sup>1</sup>Далее 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 страхования<sup>1</sup>  №  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"/>
<b>Адрес:</b>	
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"/>	
<b>Телефон (факс):</b>	<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"/>	
<b>Должность</b>	<input type="text"/>
<b>Документ, удостоверяющий полномочия:</b>	<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)

<sup>1</sup>Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 16)

к Договору страхования<sup>1</sup>  №  от

Настоящим Заявитель просит заменить действующего (-их) по состоянию на дату составления настоящего Приложения Выгодоприобретателя

(-ей) по указанному (-ым) ниже риску (-ам) на лицо (-а), подробные сведения о котором (-ых) указаны в Приложении (-ях) к Заявлению.

Страховой риск	Процент в страховой выплате
Выгодоприобретатель – 1: Ф.И.О.: _____	
<input type="checkbox"/> Смерть	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период выплат	
Выгодоприобретатель – 2: Ф.И.О.: _____	
<input type="checkbox"/> Смерть	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период выплат	
Выгодоприобретатель – 3: Ф.И.О.: _____	
<input type="checkbox"/> Смерть	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период выплат	
Выгодоприобретатель – 4: Ф.И.О.: _____	
<input type="checkbox"/> Смерть	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период выплат	

**ВАЖНО!**  
При наличии нескольких Выгодоприобретателей % выплаты в сумме по всем Выгодоприобретателям не должен превышать 100%.

С назначением Выгодоприобретателя (-ей) ознакомлен (-а) и согласен (-а):

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. (полностью) Застрахованного лица (если отличается от Страхователя)) \_\_\_\_\_ (подпись)

Подпись Заявителя:  \_\_\_\_\_

Дата составления  .  .  г.

<sup>1</sup> Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".