

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	В случае увеличения размера страховой суммы/срока страхования, включения дополнительных рисков, выхода из финансовых каникул, а так же включения Застрахованного лица:
	<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
	В случае Административных изменений (смена выгодоприобретателя/страхователя/персональных данных):
	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.
	Для представителей:
Оригинал или нотариально заверенная копия доверенности (иногo документа, подтверждающего полномочия).	
Замена Страхователя в связи со смертью:	
Обратиться в Страховую компанию для консультации по документам и порядку действий.	
Вспомогательная информация:	
<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".

ДЕКЛАРАЦИЯ

(в отношении нового Страхователя / Выгодоприобретателя (если применимо))

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 2)

 к Договору страхования¹ № от
Настоящим Заявитель просит (выбрать нужное):

<input type="checkbox"/>	Изменить срок действия Договора страхования на: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> лет
<input type="checkbox"/>	Изменить порядок оплаты страховой премии (выбрать нужное):
<input type="checkbox"/>	Ежегодно <input type="checkbox"/> Ежеквартально <input type="checkbox"/> Раз в пол года <input type="checkbox"/>

 Начиная с г изменить условия по программе (-ам) страхования (страховому (-ым) риску (-ам)):

Изменения	Наименование Программ (-ы) страхования / страхового (-ых) риска (-ов) как они указаны в Страховом полисе	Новая страховая сумма	Новый страховой взнос (с учетом периодичности оплаты)
<input type="checkbox"/> Изменить ²		<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> исключить программу (-ы) страхования / страховой (-ые) риск (-и):			
<input type="checkbox"/> дополнить программой (-ами) страхования / страховым (-ыми) риском (-ами):			
<input type="checkbox"/> Прекращение оплаты взносов с преобразованием договора страхования в оплаченный:		с <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> г	
<input type="checkbox"/> Финансовые каникулы (для договоров с оплаченным периодом не менее 2х лет):		с <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> г	
<input type="checkbox"/> Восстановить условия страхования после Финансовых каникул:		с <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> г	

 Подпись Заявителя (Представителя): _____ м.п (при наличии)
 Дата составления г.

¹Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".
² Здесь и ниже по тексту слово «изменить» означает просьбу Страхователя установить новую страховую сумму и/или страховой взнос по соответствующей Программе страхования / страховому риску в первоначальной валюте страхования

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 3)

к Договору страхования¹

№

от

Настоящим Заявитель просит:

Изменить срок действия Договора страхования на: лет

Подпись Заявителя (Представителя): ✓

м.п (при наличии)

Дата составления . . г.

¹Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 4)

к Договору страхования¹

№

от

Настоящим Заявитель просит (выбрать нужное):

Изменить срок действия Договора страхования на: лет

Изменить порядок оплаты по договору страхования на следующий (выбрать нужное):

Ежегодно

Ежемесячно

Изменить страховую сумму по риску «Смерть Застрахованного лица» на:

(В первоначальной валюте страхования)

и одновременно изменить размер каждого очередного страхового взноса на:

(В первоначальной валюте страхования)

Внести указанные изменения с: . .

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».

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

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 5)

к Договору страхования¹ № от

Настоящим Заявитель просит (выбрать нужное):

<input type="checkbox"/>	Изменить срок действия Договора страхования на:	<input type="text"/> лет
<input type="checkbox"/>	Изменить гарантированный период выплаты ренты на следующий (выбрать нужное):	
<input type="checkbox"/>	4 года	<input type="checkbox"/> 5 лет <input type="checkbox"/> 6 лет
<input type="checkbox"/>	Изменить порядок оплаты по договору страхования на следующий (выбрать нужное):	
<input type="checkbox"/>	Ежегодно	<input type="checkbox"/> Ежеквартально <input type="checkbox"/> Ежемесячно
<input type="checkbox"/>	Изменить страховую сумму по каждому страховому риску на:	<input type="text"/> (В первоначальной валюте страхования)
	Внести указанные изменения с:	<input type="text"/> г
<input type="checkbox"/>	Изменить размер каждого очередного страхового взноса на:	<input type="text"/> (В первоначальной валюте страхования)
	Внести указанные изменения с:	<input type="text"/> г
<input type="checkbox"/>	Прекращение оплаты взносов с преобразованием договора страхования в оплаченный:	с <input type="text"/> г
<input type="checkbox"/>	Финансовые каникулы (для договоров с оплаченным периодом не менее 2х лет):	с <input type="text"/> г
<input type="checkbox"/>	Восстановить условия страхования после Финансовых каникул:	с <input type="text"/> г

Подпись Заявителя (Представителя): ✓ _____ м.п (при наличии)

Дата составления г.

¹Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 6)

 к Договору страхования¹ № от г

Настоящим Заявитель просит (выбрать нужное):

<input type="checkbox"/>	исключить из Списка Застрахованных лиц следующее Застрахованное лицо:
(Ф.И.О. полностью)	
Дата рождения: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г	
основной документ, удостоверяющий личность:	
(наименование документа, серия, номер и дата выдачи)	
Денежные средства (если полагаются к выплате) прошу перечислить по следующим реквизитам:	
ВАЖНО! Все поля обязательны для заполнения.	
Получатель:	----- Страхователь -----
Наименование банка (и его отделения):	_____
Адрес и телефон банка:	_____
БИК <input type="text"/>	ИНН банка <input type="text"/>
Расчетный счет банка:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Корреспондентский счет банка:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Лицевой счет получателя:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
№ пластиковой карты Получателя (для перечислений на карту):	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	включить в Список Застрахованных лиц следующее лицо, подробные сведения о котором указаны в Приложении к Заявлению на нижеуказанных условиях с <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г ²
(Ф.И.О. полностью)	

ВАЖНО! Заявитель обязуется предоставить Медицинскую анкету Застрахованного лица к договору ДМС. Проставляя ниже свою подпись Заявитель понимает и соглашается, что при отсутствии Медицинской анкеты Заявление не считается поданным Страховщику.

Условия страхования:

Срок действия Договора страхования в отношении Застрахованного лица: с даты начала Срока страхования в отношении Застрахованного лица и до окончания срока действия Договора страхования.

Страховая сумма в отношении Застрахованного лица (единая по всем страховым рискам): соответствует Страховой сумме, установленной в отношении каждого Застрахованного лица по Договору страхования.

Страховые риски	Период ожидания ³	Территория страхования
Расходы, связанные с лечением онкологических заболеваний	По впервые диагностированным заболеваниям/состояниям - 60 (шестьдесят) календарных дней с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица; по ранее существовавшим заболеваниям/состояниям – 24 (двадцать четыре) месяца с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица	Израиль, Испания, Германия, Турция, Россия
▽	▽	▽

¹ Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

² Указывается дата не позднее даты составления Заявления

³ Период ожидания - период времени, в течение которого Страховщик не несет ответственности за события, имеющие признаки страхового случая, произошедшие с Застрахованным лицом.

Страховые риски	Период ожидания ³	Территория страхования
Расходы, связанные с хирургическими вмешательствами	По впервые диагностированным заболеваниям/состояниям – 180 (сто восемьдесят) календарных дней с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица, для хирургических вмешательств, проведенных в связи с заболеваниями; по ранее существовавшим заболеваниям/состояниям – 24 (двадцать четыре) месяца с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица, для хирургических вмешательств, проведенных в связи с заболеваниями; для хирургических вмешательств, проведенных в связи с последствиями несчастного случая, произошедшего с Застрахованным в период действия срока страхования, период ожидания не устанавливается	Израиль, Испания, Германия, Турция, Россия
Расходы, связанные с трансплантацией органов	По впервые диагностированным заболеваниям/состояниям – 18 (восемнадцать) месяцев с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица; по ранее существовавшим заболеваниям/состояниям – 24 (двадцать четыре) месяца с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица; для трансплантации органов в связи с последствиями несчастного случая, произошедшего с Застрахованным в период действия срока страхования, период ожидания не устанавливается	Весь мир
Расходы, связанные с реабилитацией	по впервые диагностированным заболеваниям/состояниям - 90 (девяносто) календарных дней с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица; по ранее существовавшим заболеваниям/состояниям – 24 (двадцать четыре) месяца с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица	Израиль, Россия
Расходы, связанные с оказанием медицинской помощи, направленной на облегчение тяжести симптомов рака	по впервые диагностированным заболеваниям/состояниям - 90 (девяносто) календарных дней с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица; по ранее существовавшим заболеваниям/состояниям – 24 (двадцать четыре) месяца с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица	Израиль, Россия
Расходы, связанные с получением Экспертного медицинского мнения	Не устанавливается	Израиль, Испания, Германия, Турция, Россия
Расходы, связанные с проведением проф. обследований (чек- ап)	4 (четыре) года с даты начала срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица	Израиль, Испания, Германия, Турция, Россия
Исключения из страхового покрытия: согласно п.п. 3.4-3.7 Правил добровольного медицинского страхования № 0015.СЛ.05.00.		
Порядок осуществления страховой выплаты: Страховщик производит страховую выплату путем оплаты счетов Ассистанс-компании, осуществляющей сервисную поддержку Программы добровольного медицинского страхования, за услуги, предоставленные Застрахованному лицу из числа указанных в Программе страхования, предусмотренной Договором страхования, при наступлении страхового случая, в порядке и на условиях, предусмотренных договором между Страховщиком и Ассистанс-компанией.		

Подпись Заявителя (Представителя):



м.п (при наличии)

Дата составления

 . . г.

¹ Период ожидания - период времени, в течение которого Страховщик не несет ответственности за события, имеющие признаки страхового случая, произошедшие с Застрахованным лицом.

³ Период ожидания - период времени, в течение которого Страховщик не несет ответственности за события, имеющие признаки страхового случая, произошедшие с Застрахованным лицом.

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 7)

 к Договору страхования¹ № от г

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	Доля ²
Выгодоприобретатель – 1: Ф.И.О.: _____	
<input type="checkbox"/> Дожитие	
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая	
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного лица во время поездки на транспорте общего пользования	
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного лица по любой причине (программа «Смешанное страхование жизни»)*	
<input type="checkbox"/> Дополнительное страхование жизни на срок*	
Выгодоприобретатель – 2: Ф.И.О.: _____	
<input type="checkbox"/> Дожитие	
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая	
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного лица во время поездки на транспорте общего пользования	
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного лица по любой причине (программа «Смешанное страхование жизни»)*	
<input type="checkbox"/> Дополнительное страхование жизни на срок*	
Выгодоприобретатель – 3: Ф.И.О.: _____	
<input type="checkbox"/> Дожитие	
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая	
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного лица во время поездки на транспорте общего пользования	
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного лица по любой причине (программа «Смешанное страхование жизни»)*	
<input type="checkbox"/> Дополнительное страхование жизни на срок*	

ВАЖНО!

Риски, отмеченные «*» могут быть выбраны только по договорам «Семейный актив» (также может называться «Верное решение»)

 С назначением Выгодоприобретателя (-ей) ознакомлен (-а) и согласен (-а)³:

(Ф.И.О. (полностью) Застрахованного лица / законного представителя)	(подпись)
(Ф.И.О. (полностью) Застрахованного лица / законного представителя)	(подпись)

 Подпись Заявителя (Представителя): ✓ _____ м.п (при наличии)

 Дата составления . . г.

¹ Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

² Указывается процент в страховой выплате. При наличии нескольких Выгодоприобретателей по одному страховому риску % выплаты Выгодоприобретателям в сумме по всем не должен превышать 100%.

³ Застрахованное лицо может не проставлять выше свою подпись, если совпадает со Страхователем.

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 10)

 к Договору страхования¹ № от г

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"/> Дожитие	
<input type="checkbox"/> Смерть в Накопительный период	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период	
<input type="checkbox"/> Смерть в Несчастного случая	
Выгодоприобретатель – 2: Ф.И.О.: _____	
<input type="checkbox"/> Дожитие	
<input type="checkbox"/> Смерть в Накопительный период	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период	
<input type="checkbox"/> Смерть в Несчастного случая	
Выгодоприобретатель – 3: Ф.И.О.: _____	
<input type="checkbox"/> Дожитие	
<input type="checkbox"/> Смерть в Накопительный период	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период	
<input type="checkbox"/> Смерть в Несчастного случая	
Выгодоприобретатель – 4: Ф.И.О.: _____	
<input type="checkbox"/> Дожитие	
<input type="checkbox"/> Смерть в Накопительный период	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период	
<input type="checkbox"/> Смерть в Несчастного случая	

ВАЖНО!

Данные страховые риски могут быть выбраны только по договорам, где они предусмотрены.
 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 - 1
 (если отличается от Страхователя))

 (подпись)

 (Ф.И.О. (полностью) Застрахованного лица - 2)

 (подпись)

 Подпись Заявителя (Представителя): _____

 Дата составления . . г.

¹ Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 11)

 к Договору страхования¹ № 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"/> Дожитие	
<input type="checkbox"/> «Смерть Застрахованного лица» / «Смерть» и «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»	
Выгодоприобретатель – 2: Ф.И.О.: _____	
<input type="checkbox"/> Дожитие	
<input type="checkbox"/> «Смерть Застрахованного лица» / «Смерть» и «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»	
Выгодоприобретатель – 3: Ф.И.О.: _____	
<input type="checkbox"/> Дожитие	
<input type="checkbox"/> «Смерть Застрахованного лица» / «Смерть» и «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»	
Выгодоприобретатель – 4: Ф.И.О.: _____	
<input type="checkbox"/> Дожитие	
<input type="checkbox"/> «Смерть Застрахованного лица» / «Смерть» и «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»	

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 (Представителя): _____

 Дата составления . . г.

¹ Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 12)

 к Договору страхования¹ № 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 в Накопительный период»	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период выплат	
Выгодоприобретатель – 2: Ф.И.О.: _____	
<input type="checkbox"/> Смерть в Накопительный период»	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период выплат	
Выгодоприобретатель – 3: Ф.И.О.: _____	
<input type="checkbox"/> Смерть в Накопительный период»	
<input type="checkbox"/> Смерть в Гарантированный период выплат	
Выгодоприобретатель – 4: Ф.И.О.: _____	
<input type="checkbox"/> Смерть в Накопительный период»	
<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 (Представителя): _____

 Дата составления . . г.

¹ Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 14)

 к Договору страхования¹ № от

Настоящим Заявитель просит заменить действующего (-их) по состоянию на дату составления настоящего Приложения Выгодоприобретателя (-ей) 1-ой очереди 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"/> «Дожитие с промежуточной выплатой (Дожитие 1)»	
<input type="checkbox"/> «Дожитие до окончания срока страхования (Дожитие 2)»	
<input type="checkbox"/> «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»	
Выгодоприобретатель – 2: Ф.И.О.: _____	
<input type="checkbox"/> «Дожитие с промежуточной выплатой (Дожитие 1)»	
<input type="checkbox"/> «Дожитие до окончания срока страхования (Дожитие 2)»	
<input type="checkbox"/> «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»	
Выгодоприобретатель – 3: Ф.И.О.: _____	
<input type="checkbox"/> «Дожитие с промежуточной выплатой (Дожитие 1)»	
<input type="checkbox"/> «Дожитие до окончания срока страхования (Дожитие 2)»	
<input type="checkbox"/> «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»	
Выгодоприобретатель – 4: Ф.И.О.: _____	
<input type="checkbox"/> «Дожитие с промежуточной выплатой (Дожитие 1)»	
<input type="checkbox"/> «Дожитие до окончания срока страхования (Дожитие 2)»	
<input type="checkbox"/> «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»	

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 (Представителя): _____

Дата составления . . г.

¹ Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 15)

 к Договору страхования¹ от
Настоящим Заявитель просит (выбрать нужное):

 Включить в число Застрахованных лиц по Договору страхования следующее лицо:

Фамилия, имя, отчество		Дата рождения		Пол:	
Место рождения		Страна рождения			
Резидент РФ		Гражданство(указать все при наличии):			
Реквизиты документа, удостоверяющего личность					
Наименование		Серия (если имеется) и номер			
Код подразделения (если имеется)		Когда выдан			
Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания:					
Кем выдан					
Адрес для направления корреспонденции (если отличается):					
ИНН (при наличии)					
Сведения о работе					
Должность		Наименование организации			
Адрес организации					
Контактные данные Застрахованного лица					
Адрес электронной почты		Мобильный телефон		Другой контактный телефон	
Для иностранных граждан / лиц без гражданства (дополнительно предоставляется) с					
Номер миграционной карты		Срок пребывания с		по	

ВНИМАНИЕ:

Для оценки страхового риска Заявитель предоставляет Страховщику «Декларацию Застрахованного лица» содержащую сведения о потенциальном Застрахованном лице.

ВАЖНО!

Проставляя ниже свою подпись Заявитель понимает и соглашается, что если к настоящему Заявлению не приложена заполненная и подписанная «Декларация о Застрахованном лице», то Заявление не считается поданным Страховщику.

на следующих условиях:

Страховая сумма	в размере суммы, эквивалентной 3 000 000,00 долларов США		
Территория страхования (выбрать один из вариантов)	<input type="checkbox"/> Россия	<input type="checkbox"/> Весь мир за исключением территорий США	<input type="checkbox"/> Весь мир
	<input type="checkbox"/> Россия, при лечении особо опасных заболеваний – Весь мир, за исключением территорий США		
	<input type="checkbox"/> Россия, при лечении особо опасных заболеваний – Весь мир		

Желаемая дата включения в число Застрахованных лиц по Договору страхования

ВНИМАНИЕ: Внесение изменений в Договор страхования оформляется заключением соответствующего Дополнительного соглашения к Договору страхования, которое вступает в силу не ранее чем через 10 (десять) рабочих дней со дня его заключения при условии оплаты дополнительной страховой премии (первого страхового взноса), конкретная дата вступления в силу указывается в Дополнительном соглашении.

 Исключить из числа Застрахованных лиц по договору страхования с г.² следующее Застрахованное лицо:

Фамилия, имя, отчество		Дата рождения	
Реквизиты документа, удостоверяющего личность			
Наименование		Серия (если имеется) и номер	
Код подразделения (если имеется)		Когда выдан	
Кем выдан			

Денежные средства, (если они подлежат возврату Страховщиком по итогам рассмотрения Заявления), прошу перечислить по следующим реквизитам в сроки, порядке и на условиях, которые установлены Договором страхования.

Получатель:

Наименование банка (и его отделения):

Адрес и телефон банка:

БИК

Расчетный счет банка:

Корреспондентский счет банка:

Лицевой счет получателя:

ИНН банка



Подпись Заявителя:

¹ Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

² Указывается желаемая дата, внимание указанная дата не может быть ранее, чем через 10 (десять) рабочих дней с даты составления Заявления.



Изменить территорию страхования, установленную в Договоре страхования, в отношении следующих Застрахованных лиц:

ФИО (полностью) Застрахованного лица	Дата рождения	Документ, удостоверяющий личность (наименование документа, серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения (если имеется))	Территория страхования, установленная при заключении Договора страхования	Необходимая территория страхования ₃



(подпись)

(фамилия, инициалы Заявителя)

 г.

(дата Заявления)

³ Укажите один из следующих вариантов: Россия / Россия, при лечении особо опасных заболеваний – Весь мир, за исключением территорий США / Россия, при лечении особо опасных заболеваний – Весь мир / Весь мир за исключением территорий США / Весь мир



ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 16)

к Договору страхования¹ № 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.

¹ Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".