

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 отделение, где был оформлен договор страхования. 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.: +8 (800) 555-55-95 (бесплатно по России).</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 отпечаток печати Страхователя (при наличии у Страхователя печати); В случае, если Страхователем является физическое лицо, заявление о внесении изменений должно быть подписано Страхователем.</p>
ДОПОЛНИТЕЛЬНО	<p align="center">В случае увеличения размера страховой суммы/срока страхования, включения дополнительных рисков, выхода из финансовых каникул, а так же включения Застрахованного лица:</p> <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
	<p align="center">В случае Административных изменений (смена выгодоприобретателя/страхователя/персональных данных):</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">Для представителей:</p> <p>Оригинал или нотариально заверенная копия доверенности (иного документа, подтверждающего полномочия).</p>
	<p align="center">Замена Страхователя в связи со смертью:</p> <p>Обратиться в Страховую компанию для консультации по документам и порядку действий.</p>
	<p align="center">Вспомогательная информация:</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"> • 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.

ЗАЯВЛЕНИЕ

к Договору страхования¹ [] № [] от [] . [] . [] г.

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ (СТРАХОВАТЕЛЕ)

Ф.И.О. (полностью) (для физических лиц) / полное фирменное наименование (для юридических лиц):

Моб. Телефон: []

e-mail []

Для представителей:

Номер и дата доверенности: _____

Срок действия доверенности: _____

Ф.И.О. Представителя: _____

ПРИЧИНА ОБРАЩЕНИЯ (выбрать нужное):

 Изменить персональные данные или иные сведения о лице, категория которого указана в Приложении к настоящему Заявлению, в соответствии с Приложением к настоящему Заявлению. Укажите, пожалуйста, причину изменения сведений:
_____ Заменить Страхователя, т.е. передать права и обязанности Страхователя по договору страхования следующему лицу, подробные сведения о котором указаны в Приложении к настоящему Заявлению (новый Страхователь):
_____ Заменить Выгодоприобретателя в соответствии с Приложениями к настоящему Заявлению. Изготовить дубликат документа (выбрать нужное) и направить по адресу:
_____ дубликат договора страхования дубликат дополнительного соглашения от [] г. с оригинальной печатью и подписью в связи с утерей по иной причине (указать): _____ Изменить условия страхования в соответствии с Приложением к настоящему Заявлению.

ВАЖНО!

Проставляя ниже свою подпись Заявитель понимает и соглашается, что при изменении сведений о Страхователе / Выгодоприобретателе(ях) / Застрахованном(ых) лице(ах), в т.ч. при назначении нового Выгодоприобретателя или передаче прав новому Страхователю, необходимо заполнить Приложение (-я) к Заявлению отдельно на каждое лицо, сведения о котором изменяются. При отсутствии Приложения (-ий), когда их заполнение предусмотрено, Заявление не считается поданным Страховщику (является недействительным).

Приложения к Заявлению (если необходимы) являются неотъемлемыми частями Заявления.

Подпись Заявителя (Представителя): [] ✓ _____

м.п. (при наличии)

Дата составления: [] . [] . [] г.

¹Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

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 1) для юридических лиц

к Договору страхования¹ № 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

Дата регистрации . . г.

ОГРН

Наименование регистрирующего органа

Место регистрации

ИНН / КИО:

Адрес:

Адрес местонахождения

Почтовый адрес (при отличии)

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)

Телефон (факс):

Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства:

США: Да Нет

Другая страна Да Нет

Сведения об уполномоченном представителе Страхователя:

Фамилия, имя, отчество (полностью):

Должность

Документ, удостоверяющий полномочия:

Наименование

Номер документа

Дата документа . . г.

Дата составления . . г.

(Подпись)

✓

(фамилия, инициалы и должность
представителя Страхователя)

¹Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 11)

 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 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".