

**ПАМЯТКА  
при внесении изменений в договор страхования**

<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 включении 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.

### ЗАЯВЛЕНИЕ

к Договору страхования<sup>1</sup> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] № [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 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.
- 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).

Выражаю согласие, что персональные данные, указанные в договоре страхования жизни (Страховом полисе), заявлении на заключение договора страхования (заявление на страхование), декларации заявителя, страхователя, застрахованного лица могут быть переданы ООО СК «Сбербанк страхование жизни» обработчикам, ООО «Сбербанк страхование жизни» вправе поручить обработку персональных данных обработчикам. Перечень действий с персональными данными и общее описание используемых способов обработки, которыми обработчики вправе обрабатывать персональные данные, отражены в договоре страхования (полисе), заявлении на заключение договора страхования жизни (заявлении на страхование), декларации заявителя, страхователя, застрахованного лица.

К обработчикам относятся ПАО "Сбербанк" (ОГРН:1027700132195), адрес места нахождения: г. Москва (117997, Москва, ул. Вавилова,19), АО "Интеркомп" (ОГРН:1067746798008), адрес места нахождения: г. Москва (121357, г. Москва, ул.Верейская, д.29, стр.33), страховые агенты и иные третьи лица, осуществляющие обработку персональных данных в рамках и на основании заключенных ООО СК «Сбербанк страхование жизни» с этими лицами договоров / соглашений (агентские, договоры о сотрудничестве, возмездного оказания услуг, хранения, обеспечении конфиденциальности и безопасности, перестрахования и др.) в целях и / или в связи с оказанием страховой услуги. Перечень обработчиков, не указанных в настоящем документе, указан на официальном сайте Страховщика по адресу: <https://sberbank-insurance.ru>.

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

Подписывая настоящее заявление, а равно совершая любое действие, свидетельствующее о волеизъявлении (об акцепте и (или) оферте настоящего документа), в частности, осуществляя оплату страховой премии (первого страхового взноса при рассрочке), Заявитель добровольно выражает свою волю на присоединение к «СОГЛАШЕНИЮ О ПОРЯДКЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С КЛИЕНТАМИ ООО СК «СБЕРБАНК СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ» ПО УДАЛЕННОМ КАНАЛАМ ОБСЛУЖИВАНИЯ» (далее-Соглашение ЭДО), размещенному на официальном интернет-сайте ООО СК «Сбербанк страхование жизни» по адресу <https://www.sberbank-insurance.ru>, подтверждает, что ознакомлен с текстом указанного выше Соглашения ЭДО и принимает все его условия без каких-либо оговорок.

Подпись Заявителя (Представителя): \_\_\_\_\_ ✓

м.п. (при наличии)

Дата составления: [ ] [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] г.

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

**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):

- |   |  |
|---|--|
| <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)

<sup>1</sup>Далее 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 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 2)

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

Настоящим Заявитель просит (выбрать нужное):

Изменить срок действия Договора страхования на:   лет

Изменить порядок оплаты страховой премии (выбрать нужное):

Ежегодно  Ежеквартально  Раз в пол года

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 <sup>2</sup>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<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"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г			
<input type="checkbox"/> Финансовые каникулы (для договоров с оплаченным периодом не менее 2х лет): с <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г			
<input type="checkbox"/> Восстановить условия страхования после Финансовых каникул: с <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г			

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

Дата составления   .   .    г.

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

<sup>2</sup>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 страхования<sup>1</sup>           №           от

Настоящим Заявитель просит:

Изменить срок действия Договора страхования на:   лет

Подпись Заявителя (Представителя):  ✓ \_\_\_\_\_

м.п (при наличии)

Дата составления   .   .     г.

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

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 4)

к Договору страхования<sup>1</sup>           №           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»<sup>2</sup>

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

Дата составления   .   .     г.

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

<sup>2</sup>Данное изменение может быть выбрано только при условии, что Застрахованному лицу исполнилось 60 (Шестьдесят) лет



ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 5)

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

Настоящим Заявитель просит (выбрать нужное):

<input type="checkbox"/>	Изменить срок действия Договора страхования на:	<input type="text"/> <input type="text"/>	лет	
<input type="checkbox"/>	Изменить гарантированный период выплаты ренты на следующий (выбрать нужное):			
<input type="checkbox"/>		<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"/>		<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(В первоначальной валюте страхования)	
	Внести указанные изменения с:	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	г	
<input type="checkbox"/>	Изменить размер каждого очередного страхового взноса на:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(В первоначальной валюте страхования)	
	Внести указанные изменения с:	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	г	
<input type="checkbox"/>	Прекращение оплаты взносов с преобразованием договора страхования в оплаченный:	с <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	г	
<input type="checkbox"/>	Финансовые каникулы (для договоров с оплаченным периодом не менее 2х лет):	с <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	г	
<input type="checkbox"/>	Восстановить условия страхования после Финансовых каникул:	с <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	г	

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

Дата составления   .   .

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

**ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 6)**

 к Договору страхования<sup>1</sup>           №         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"/> <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:	
<b>ВАЖНО!</b> Все поля обязательны для заполнения.	
Получатель:	----- Страхователь -----
Наименование банка (и его отделения): _____	
Адрес и телефон банка: _____	
БИК	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ИНН банка	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Расчетный счет банка:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> г <sup>2</sup>
(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 <sup>3</sup>	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
▼	▼	▼

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

<sup>2</sup> Указывается дата не позднее даты составления Заявления

<sup>3</sup> 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 <sup>3</sup>	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
<b>Исключения из страхового покрытия:</b> согласно п.п. 3.4-3.7 Правил добровольного медицинского страхования № 0015.СЛ.05.00.		
<b>Порядок осуществления страховой выплаты:</b> 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.

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

<sup>3</sup> 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 8)**

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

Настоящим Заявитель просит полностью заменить действующего (-их) по состоянию на дату составления настоящего Приложения Выгодоприобретателя (-ей) по страховым рискам «смерть Застрахованного лица», «смерть от несчастного случая», «смерть в результате транспортного происшествия» на лицо (-а), подробные сведения о котором (-ых) указаны в Приложении (-ях) к Заявлению:

Ф.И.О. (полностью) Выгодоприобретателя	Процент в страховой выплате
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

**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.

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

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 9)

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

Настоящим Заявитель просит полностью заменить действующего (-их) по состоянию на дату составления настоящего Приложения Выгодоприобретателя (-ей) по страховым рискам «смерть с выплатой к сроку» и «смерть от несчастного случая» (Выгодоприобретателя(ей) второй очереди по страховому риску «дожитие до срока») на лицо (-а), подробные сведения о котором (-ых) указаны в Приложении (-ях) к Заявлению:

Ф.И.О. (полностью) Выгодоприобретателя	Процент в страховой выплате
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

**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.

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

**ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 10)**

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

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

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 11)

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"/> 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.

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



ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 12)

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 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.

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

## ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 13)

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

Настоящим Заявитель просит заменить действующего (-их) по состоянию на дату составления настоящего Приложения Выгодоприобретателя (-ей) по страховым рискам "Смерть Застрахованного лица" и "Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая" на лицо (-а), подробные сведения о котором (-ых) указаны в Приложении (-ях) к Заявлению.

Ф.И.О. (полностью) Выгодоприобретателя	Процент в страховой выплате

**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.

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

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 14)

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

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

**ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ (ФОРМА 15)**

 к Договору страхования<sup>1</sup>  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):	
<b>Реквизиты документа, удостоверяющего личность</b>				
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)				
<b>Сведения о работе</b>				
Должность			Наименование организации	
Адрес организации				
<b>Контактные данные Застрахованного лица</b>				
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.<sup>2</sup> следующее Застрахованное лицо:

Фамилия, имя, отчество			Дата рождения
<b>Реквизиты документа, удостоверяющего личность</b>			
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: \_\_\_\_\_ 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"/>
Корреспондентский счет банка:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Лицевой счет получателя:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**ВАЖНО!** Все поля обязательны для заполнения.

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

<sup>2</sup> 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 <i>(наименование документа, серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения (если имеется))</i>	Территория страхования, установленная при заключении Договора страхования	Необходимая территория страхования <sup>3</sup>




(подпись)

(фамилия, инициалы Заявителя)

(дата Заявления)

<sup>3</sup> 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 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".