

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

 к Договору страхования  №  от    г.

 Дата фактического получения договора страхования / полиса:    г.

 Дата оплаты страховой премии ( первого страхового взноса ):    г.

**СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ - СТРАХОВАТЕЛЕ/НАСЛЕДНИКЕ/ПРЕДСТАВИТЕЛЕ/ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕ (нужное подчеркнуть):**

ФИО (полностью)	<input type="text"/>		
Дата рождения:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г.	Моб. Телефон:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ИНН:	<input type="text"/>	Доп. контакты:	<input type="text"/>
Место рождения:	<input type="text"/>		
Гражданство (указать все, если несколько):	<input type="text"/>		
Наименование документа, удостоверяющего личность:	<input type="text"/>		
Серия, номер:	Дата выдачи:	Код подразделения	
Наименование органа, выдавшего документ:	<input type="text"/>		
Адрес для направления корреспонденции:	<input type="text"/>		
Номер и дата доверенности (только для Представителя):	<input type="text"/>		

**СВЕДЕНИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ (только при обращении Наследника или Представителя):**

ФИО (полностью)	<input type="text"/>		
Дата рождения:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г.		
ИНН:	<input type="text"/>		
Дата смерти (только при обращении Наследника):	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> г.		

**ПРИЧИНА ОБРАЩЕНИЯ (выбрать нужное):**

<input type="checkbox"/>	ОТКАЗ ОТ СТРАХОВАНИЯ:	Проставляя ниже подпись, Заявитель отказывается в полном объеме от вышеуказанного договора страхования
<input type="checkbox"/>	НЕПРАВИЛЬНЫЙ ПЛАТЕЖ:	Страховая премия (первый взнос) оплачен (-а) не в полном объеме или позднее установленного срока и Заявитель, проставляя ниже подпись, просит признать договор страхования не вступившим в силу и произвести возврат оплаченных взносов в размере 100%
<input type="checkbox"/>	НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОПЛАЧИВАТЬ ВЗНОСЫ:	Прекращение договора страхования в связи с ненадлежащей оплатой/неоплатой очередного страхового взноса
<input type="checkbox"/>	ИНОЕ (просьба указать):	

Если Заявитель является резидентом иностранного государства, заполните, пожалуйста, данные, содержащиеся в полях с признаком (\*):

**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	Если "да", указать страну*:	<input type="text"/>
Наличие вида на жительство в иностранном государстве*:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если "да", указать страну*:	<input type="text"/>		
ИНН США*:	<input type="text"/>	ИНН другой страны	<input type="text"/>		



Подпись Заявителя:

Денежные средства, если они подлежат выплате Страховщиком по итогам рассмотрения Заявления, Заявитель просит перечислить в форме безналичных расчетов по следующим реквизитам в сроки, порядке и на условиях, которые установлены договором страхования.

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

**ВАЖНО!** Для перечисления средств через ПАО Сбербанк заполнить только поля «Наименование», «БИК» и «лицевой счет».  
Для перечисления через другие банки - все поля обязательны для заполнения.

Получатель: \_\_\_\_\_

Наименование банка (и его отделения): \_\_\_\_\_

Адрес и телефон банка: \_\_\_\_\_

БИК:

ИНН банка:

Расчетный счет банка:

Корреспондентский счет банка:

Лицевой счет Получателя:

№ пластиковой карты Получателя (для перечислений на карту):

**Подписывая настоящее Заявление, Заявитель подтверждает, что:**

1) 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.

2) не имеет регистрации, места жительства / нахождения, счета в банке, зарегистрированном в государстве (на территории), которое (-ая) не выполняет рекомендации ФАТФ (Группа разработки финансовых мер борьбы с отмыванием денег), не является субъектом санкций Управления по контролю за иностранными активами Министерства финансов США и Европейского Союза.

3) бенефициарным владельцем (физическим лицом, которое имеет возможность контролировать действия клиента) является Страхователь

4) вся указанная в данном Заявлении информация (в т.ч. указанная в Декларации) является полной и достоверной. Подписывая настоящее заявление, Заявитель дает согласие на обработку своих персональных данных (далее –«ПДн»), а также персональных данных субъекта, чьи интересы он представляет (если заявитель является Представителем), указанных в настоящем заявлении.

**Цели обработки персональных данных:**

- прекращение договора страхования;
- осуществление контроля и оценки качества страховой услуги по всем вопросам ее предоставления, в т.ч. путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи;
- осуществление прав и законных интересов Страховщика.

Согласие Страховщику предоставляется также на передачу и поручение обработки ПДн третьим лицам на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений. Перечень действий с ПДн и общее описание используемых способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение ПДн; ПДн будут обрабатываться с использованием различных сочетаний средств автоматизации и неавтоматизированных средств обработки (смешанная обработка). Согласие действует в течение шести лет после прекращения договора страхования и может быть отозвано в любое время посредством направления письменного уведомления Страховщику.

Подписывая настоящее заявление, Заявитель заявляет об отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, по Договору страхования.



\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы Заявителя)

г.

**Служебные отметки:**

Дата и время предоставления заявления заявителем  ч  мин         г.

Наименование ТБ \_\_\_\_\_ Номер ВСП \_\_\_\_\_

Сотрудник Банка \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (ФИО)

Номер мобильного телефона сотрудника Банка

**ПАМЯТКА  
при прекращении договора страхования**

<b>Внимательно ознакомьтесь с условиями досрочного прекращения договора страхования</b>	
<b>ШАГ 1</b>	<p><b>Подсказка:</b> проверьте срок для отказа от договора страхования с возвратом денежных средств / их части (указывается в договоре страхования (в приложениях к нему)).</p> <p>Для отказа от договора страхования с возвратом денежных средств / их части (если предусмотрено) важно предоставить Страховщику все необходимые документы в строго определенный срок.</p> <p><b>Подсказка:</b> перед тем, как отказаться от страхования, пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с соответствующими условиями договора страхования (в т.ч. приложениями к нему). Обратите особое внимание на случаи, когда уплаченная премия не подлежит возврату или выкупная сумма (если предусмотрена договором страхования) равняется нулю.</p>
<b>Подготовьте / соберите нужные документы</b>	
<b>ШАГ 2</b>	<p><b>Подсказка:</b> Ниже в памятке приводится общий список возможных документов, однако помните, что собирать документы следует с учетом конкретной ситуации, в зависимости от обстоятельств и причин прекращения.</p> <p>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>
<b>Представьте документы в отделение ПАО Сбербанк (или непосредственно Страховщику)</b>	
<b>ШАГ 3</b>	<p><b>Подсказка:</b> 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.</p> <p>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.: +8 (800) 555-55-95 (бесплатно по России).</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 прекращении договора страхования по установленной Страховщиком форме;</li> <li>• Копия документа, удостоверяющего личность Заявителя (с копией страницы, содержащей данные о регистрации);</li> <li>• Копия договора страхования с приложением всех оформленных дополнительных соглашений;</li> <li>• Платежный документ, подтверждающий оплату (желательно).</li> </ul>
<b>ДОПОЛНИТЕЛЬНО</b>	<b>Для наследников:</b>
	Оригинал или нотариально заверенная копия Свидетельства о праве на наследство в отношении договора страхования.
	<b>Для представителей:</b>
	Оригинал или нотариально заверенная копия доверенности (иного документа, подтверждающего полномочия).
	<b>В случае досрочного погашения кредита:</b>
	Оригинал Справки, подтверждающей полное досрочное погашение кредита, с обязательным указанием даты погашения кредита.
	<b>Для договоров страхования жизни сроком 5 лет и более:</b>
	<p>Оригинал справки, выданной налоговым органом, подтверждающей неполучение / получение налогоплательщиком социального налогового вычета.</p> <p><b>Подсказка:</b> При выплате выкупной суммы (если предусмотрена договором страхования и не равняется нулю) Страховщиком может подлежать удержанию сумма налога, которая исчисляется в соответствии с положениями Налогового кодекса Российской Федерации. Во избежание подобного удержания следует предоставить Страховщику соответствующую справку, выданную налоговым органом. Если справка о неполучении социального налогового вычета будет предоставлена Страховщику, Страховщик выплатит выкупную сумму без удержания НДФЛ. Страховщик исчисляет, удерживает и уплачивает в бюджет налог на доходы физических лиц со взносов по Договору страхования, оплаченных начиная с 1 января 2015г. за каждый календарный год, в котором налогоплательщик имел право на получение социального налогового вычета, а также если срок действия договора страхования жизни 5 и более лет.</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. При обращении представителей рекомендуется указывать реквизиты Страхователя (а не Представителя).

При расторжении договора страхования Выгодоприобретателем, который не является Страхователем, вопрос о выплате денежных средств (если полагаются) может быть рассмотрен только на основании обращения Страхователя (наследников).