ПАМЯТКА
при прекращении договора страхования

ШАГ 1	**Внимательно ознакомьтесь с условиями досрочного прекращения договора страхования**
	Подсказка: проверьте срок для отказа от договора страхования с возвратом денежных средств / их части (указывается в договоре страхования (в приложениях к нему)). Для отказе от договора страхования с возвратом денежных средств / их части (если предумосмотренно) важно предоставить Страховщику все необходимые документы в строго определенный срок. **Подсказка:** 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.
ШАГ 2	**Подготовьте / соберите нужные документы**
	Подсказка: 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. Все необходимые документы следует заблаговременно подготовить (заверить, где это требуется) и приложить к заявлению. Это важно для ускорения рассмотрения заявления и для вашего удобства.
ШАГ 3	**Представьте документы в отделение ПАО Сбербанк (или непосредственно Страховщику)**
	Подсказка: 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).

Перечень документов, предоставляемых Страховщику:

ВСЕГДА	**Документы:**
	• Подписанный Заявителем и корректно заполненный оригинал Заявления о прекращении договора страхования по установленной Страховщиком форме; • Копия документа, удостоверяющего личность Заявителя (с копией страницы, содержащей данные о регистрации); • Копия договора страхования с приложением всех оформленных дополнительных соглашений; • Платежный документ, подтверждающий оплату (желательно).
ДОПОЛНИТЕЛЬНО	**Для наследников:**
	Оригинал или нотариально заверенная копия Свидетельства о праве на наследство в отношении договора страхования.
	Для представителей:
	Оригинал или нотариально заверенная копия доверенности (иного документа, подтверждающего полномочия).
	В случае досрочного погашения кредита:
	Оригинал Справки, подтверждающей полное досрочное погашение кредита, с обязательным указанием даты погашения кредита.
	Для договоров страхования жизни сроком 5 лет и более:
	Оригинал справки, выданной налоговым органом, подтверждающей неполучение / получение налогоплательщиком социального налогового вычета. **Подсказка:** 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.

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).

СБЕРБАНК СТРАХОВАНИЕ

в ООО СК "Сбербанк страхование жизни" (далее - "Страховщик")

ЗАЯВЛЕНИЕ

0 от 0 г.

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) _____

_____

Дата рождения: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ г. Моб. Телефон: ☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐

ИНН: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Доп. контакты: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Место рождения: _____

Гражданство (указать все, если несколько): _____

Наименование документа, удостоверяющего личность: _____

Серия, номер: _____ Дата выдачи: _____ Код подразделения _____

Наименование органа, выдавшего документ: _____

Адрес для направления корреспонденции: _____

Номер и дата доверенности (только для Представителя): _____

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

ФИО (полностью) _____

_____

Дата рождения: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ г.

ИНН: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Дата смерти (только при обращении Наследника): ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ г.

ПРИЧИНА ОБРАЩЕНИЯ (выбрать нужное):

☐	ОТКАЗ ОТ СТРАХОВАНИЯ:	Проставляя ниже подпись, Заявитель отказывается в полном объеме от вышеуказанного договора страхования
☐	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%
☐	ПЕРЕПЛАТА:	Проставляя ниже подпись, Заявитель просит вернуть излишне (ошибочно) уплаченные денежные средства (если подлежат возврату по итогам рассмотрения Заявления) Примечание: если договор действует на дату предоставления заявления Заявителем, то его действие не прекращается в связи с возвратом излишне (ошибочно) уплаченных денежных средств
☐	НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОПЛАЧИВАТЬ ВЗНОСЫ:	Прекращение договора страхования в связи с ненадлежащей оплатой/неоплатой очередного страхового взноса
☐	ИНОЕ (просьба указать):	

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

Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства*:

США*: ☐ Да ☐ Нет Другая страна*: ☐ Да ☐ Нет Если "да", указать страну*: _____

Наличие вида на жительство в иностранном государстве*: ☐ Да ☐ Нет Если "да", указать страну*: _____

ИНН США*: _____ ИНН другой страны _____

✓ Подпись Заявителя:

1 Далее по тексту Заявления именуется "договор страхования".

СБЕРБАНК СТРАХОВАНИЕ

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.

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
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.

Выражаю согласие, что персональные данные, указанные в договоре страхования жизни (Страховом полисе), в настоящем заявлении, 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 (111524, Москва, ул. Электродная, 9, стр.2), 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.

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. (Дата Заявления)

Служебные отметки:

Дата и время предоставления заявления заявителем ☐☐ ч ☐☐ мин ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐☐☐ г.

Наименование ТБ _____ Номер ВСП _____

Сотрудник Банка _____ / _____ (ФИО)

Номер мобильного телефона сотрудника Банка ☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐