

**УТВЕРЖДАЮ**

Генеральный директор  
АО ВТБ Страхование жизни



/М.С. Пушкарев/

15.11 2017 г.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ  
С УЧАСТИЕМ В ПРИБЫЛИ №3  
(МУЛЬТИВАЛЮТНЫЙ ПРОДУКТ)  
(в редакции от 01 декабря 2017 г.)**

(Приказы от 29 декабря 2014 г. № 01-03/33-од, от 30 июля 2015 г. № 01-03/24-од,  
от 11 декабря 2015 г. № 01-03/61-од, от 30 мая 2016 г. № 01-03/43-од,  
от 10 августа 2017 г. № 05-01/123-од, от 15.11 2017 г. № 05-01/186-од)

На основании настоящих Дополнительных правил страхования жизни с участием в прибыли №3 (мультивалютный продукт) (в редакции от 01 декабря 2017 г.) (далее – Правила) и действующего законодательства Российской Федерации Акционерное общество ВТБ Страхование жизни заключает договоры страхования с полностью дееспособными физическими лицами и юридическими лицами, именуемыми в дальнейшем Страхователи.

**1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЕРМИНОВ**

**1.1. Страховщик:**

**Акционерное общество ВТБ Страхование жизни** – юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страхования и получившее лицензию в установленном законом порядке.

**1.2. Страхователями признаются:**

Дееспособные физические лица, являющиеся гражданами России или постоянно проживающие в России иностранные граждане и лица без гражданства, заключившие Договоры страхования в свою пользу или в пользу иных Застрахованных лиц;

Юридические лица независимо от их организационно-правовой формы и индивидуальные предприниматели, заключившие договоры группового страхования со Страховщиком в пользу своих работников, их родственников или иных лиц.

Если по Договору страхования застрахованы жизнь и здоровье самого Страхователя, то он одновременно является Застрахованным лицом.

**1.3. Застрахованное лицо:**

Физическое лицо, чьи имущественные интересы, связанные с причинением вреда жизни и здоровью, достижения им определенного возраста или наступлением в его жизни иного, предусмотренного Договором страхования события, являются объектом страхования.

**1.4. Выгодоприобретатель:**

Лицо, в чью пользу заключен Договор страхования - таковыми могут являться одно или несколько физических или юридических лиц, назначенных для получения страховых выплат.

**1.5. Период охлаждения:**

Период времени, в течение которого Страхователь имеет право отказаться от исполнения Договора страхования. Период охлаждения начинается в дату заключения Договора страхования и заканчивается днем, предшествующим дню начала Срока страхования, но не ранее 14 (четырнадцати) календарных дней, считая от даты заключения Договора страхования.

**1.6. Страховой риск:**

Предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай наступления которого проводится страхование.

**1.7. Страховой случай:**

Совершившееся в течение Срока страхования событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

**1.8. Страховая сумма:**

Денежная сумма, которая определена Договором страхования и исходя из которой устанавливаются размер Страховой премии (Страховых взносов) и размер Страховой выплаты при наступлении Страхового случая.

**1.9. Страховой тариф:**

Ставка Страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

**1.10. Страховая премия (Страховой взнос):**

Плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, которые установлены Договором страхования. Размер страховой премии рассчитывается на основе тарифов, разработанных Страховщиком с учетом статистических данных по принимаемым на страхование рискам.

**1.11. Срок страхования:**

Установленный в Договоре страхования период времени, в течение которого при наступлении Страховых случаев возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

**1.12. Страховая выплата:**

Денежная сумма, установленная Договором страхования и выплачиваемая Страховщиком Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю, наследникам Застрахованного лица) при наступлении страхового случая.

**1.13. Смерть:**

Прекращение, полная постоянная остановка биологических и физиологических процессов жизнедеятельности организма.

**1.14. Несчастный случай:**

Внезапное кратковременное внешнее событие, повлекшее за собой телесное повреждение или иное нарушение внутренних и внешних функций организма, или смерть Застрахованного лица, не являющееся следствием заболевания и произошедшее в течение Срока страхования независимо от воли Страхователя/Застрахованного лица и/или Выгодоприобретателя.

**1.15. Болезнь:**

Заболевание, впервые диагностированное у Застрахованного лица в течение Срока страхования, или обострение имеющегося хронического заболевания, о наличии которого Страховщик был информирован до момента заключения Договора страхования, приведшее к смерти Застрахованного лица.

**1.16. Смерть Застрахованного лица по любой причине:**

Смерть Застрахованного лица по любой причине – прекращение, полная остановка биологических и физиологических процессов жизнедеятельности по любой причине.

**1.17. Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая:**

Смерть Застрахованного лица в результате Несчастного случая. В случае наступления страхового случая по риску «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая» также проводится выплата по риску «Смерть Застрахованного лица по любой причине» (с учетом исключений по каждому из указанных рисков, перечень которых приведен в разделе 4 настоящих Правил).

**1.18. Форс-мажор:**

Обстоятельства непреодолимой силы: военные действия и их последствия, террористические акты, гражданские волнения, забастовки, мятежи, арест, уничтожение или повреждение имущества по распоряжению гражданских или военных властей, введение чрезвычайного или особого положения, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, воздействия ядерной энергии, природные катастрофы и катаклизмы, а также иные чрезвычайные события, которые стороны не могли предвидеть при заключении Договора страхования, и которые препятствуют исполнению стороной обязательств по Договору страхования.

## **2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. Страхователь – физическое лицо может заключить Договор страхования как в отношении себя, так и в отношении другого физического лица (Застрахованного лица).

Страхователь – юридическое лицо может заключить Договор страхования в отношении физических лиц, являющихся работниками Страхователя, либо в отношении иных физических лиц.

2.2. Право на получение Страховой выплаты принадлежит лицу, в пользу которого заключен Договор страхования - Выгодоприобретателю.

2.3. Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в Договоре страхования не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти лица,

Застрахованного по Договору страхования, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица.

2.4. Застрахованное лицо, указанное в Договоре страхования, может быть заменено Страхователем на другое лицо лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика, причем в случае изменения в степени риска в связи с возрастом или иными факторами риска Страхователь обязан уплатить по требованию Страховщика дополнительную Страховую премию.

2.5. Если иное не предусмотрено Договором страхования, на страхование принимаются физические лица в возрасте от 18 (восемнадцати) лет на дату вступления в силу Договора страхования, при этом возраст Застрахованного лица на момент окончания Срока страхования по Договору страхования не должен превышать 75 лет – в случае превышения установленных настоящим пунктом возрастных пределов (на дату окончания Срока страхования) Договор страхования заключается на специальных условиях.

2.6. Если будет установлено, что Договор страхования был заключен в отношении лиц, не соответствующих требованиям п.2.5 настоящих Правил и/или раздела «Декларация Застрахованного лица» Договора страхования и такой Договор страхования не был заключен на специальных условиях, то Страховщик по своему усмотрению вправе либо потребовать внесения в Договор страхования соответствующих изменений либо потребовать признания такого Договора страхования в отношении таких лиц недействительным и возмещения понесенных им убытков, при этом в случае признания Договора страхования недействительным по указанному в настоящем пункте основанию страховые выплаты по такому Договору страхования в отношении указанных лиц не осуществляются.

2.7. Страхователь вправе при заключении Договора страхования с письменного согласия Застрахованного лица назначать Выгодоприобретателей для получения страховых выплат по Договору страхования, а также заменять их с согласия Застрахованного лица до наступления страхового случая.

2.8. Договор страхования в пользу лица, не являющегося Застрахованным лицом, в том числе в пользу не являющегося Застрахованным лицом Страхователя, может быть заключен лишь с письменного согласия Застрахованного лица. При отсутствии такого согласия Договор страхования может быть признан недействительным по иску Застрахованного лица, а в случае смерти этого лица по иску его наследников.

2.9. Если по рискам «Смерть Застрахованного лица по любой причине» и «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая» назначено несколько Выгодоприобретателей, и не установлена пропорция получения Страховой выплаты между ними, выплата производится в равной пропорции.

### **3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ**

3.1. Договор страхования заключается на случай наступления следующих событий (Страховых рисков), если они указаны в Договоре страхования и если страховая сумма по ним превышает 0,00 рублей:

3.1.1. Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования;

3.1.2. Смерть Застрахованного лица по любой причине;

3.1.3. Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая.

3.2. Не признаются Страховым случаем события, указанные в разделе 4 «Перечень исключений» настоящих Правил.

### **4. ПЕРЕЧЕНЬ ИСКЛЮЧЕНИЙ**

4.1. Не признается Страховым случаем по Страховым рискам «Смерть Застрахованного лица по любой причине» и «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»:

4.1.1. событие, наступившее в результате военных действий и их последствий, гражданских беспорядков, восстаний, волнений, боевых действий, революций или при введении военного правления, свержении или захвате власти, а также участия в террористических актах на стороне инициатора событий;

4.1.2. событие, наступившее в результате умышленных действий Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, направленных на наступление страхового случая;

4.1.3. событие, наступившее при совершении Страхователем или Застрахованным лицом преступления (уголовного преступления), находящегося в прямой причинно-следственной связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая;

4.1.4. событие, наступившее во время нахождения Застрахованного лица в местах лишения свободы, а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления;



- 4.1.5. событие, наступившее во время службы Застрахованного лица в вооруженных силах, участия в военных сборах и учениях, маневрах, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего либо гражданского служащего;
- 4.1.6. событие, наступившее в результате полетов Застрахованного лица на летательном аппарате или управления им, если Застрахованное лицо не является профессиональным пилотом, кроме случаев полета в качестве пассажира на рейсовом самолете или вертолете гражданской авиации, управляемом лицом, имеющим право на управление воздушным транспортным средством;
- 4.1.7. событие, наступившее в результате профессиональных занятий Застрахованным лицом спортом;
- 4.1.8. событие, наступившее в результате систематических занятий Застрахованным лицом любым видом спорта на любительском уровне, направленных на достижение спортивных результатов и/или участие в соревнованиях;
- 4.1.9. событие, наступившее в результате занятий Застрахованным лицом следующими видами спорта или хобби: бокс, боевые искусства, альпинизм, автогонки, мотокросс, триал, скалолазание, спелеология, городской альпинизм, диггерство, паркур, парашютный спорт и любые воздушные виды спорта, дайвинг и любые погружения под воду на глубину более 30 (тридцати) метров или в одиночку, горнолыжные виды спорта, за исключением любительского катания без выполнения трюков и прыжков с трамплинов на специально подготовленных горных склонах, туристические походы в труднодоступные районы и водный туризм (в том числе парусный спорт, рафтинг, сплав на плотках, байдарках, каяках, катамаранах), экстремальное катание на роликах (фристайл, даунхилл агрессивное катание), экстремальное катание на скейтбордах (в том числе катание в стиле стрит, верт, лонгборд, парк) экстремальное катание на велосипеде (катание на горном велосипеде, BMX, велотриал, дертджампинг, стрит и т.п.), охота профессиональная, на крупного зверя, на экзотических животных;
- 4.1.10. событие, наступившее в результате езды Застрахованного лица на мотоцикле или ином двухколёсном моторизованном транспортном средстве при температуре окружающей среды или дорожного покрытия ниже 0°C;
- 4.1.11. событие, наступившее в результате управления транспортным средством Застрахованным лицом, не имевшим права управления данным транспортным средством, а также в случае, если управление транспортным средством было передано Застрахованным лицом лицу, не имеющему права на управление данным транспортным средством;
- 4.1.12. событие, наступившее в результате управления транспортным средством Застрахованным лицом, находящимся в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического или токсического) или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами, или управления транспортным средством лицом, находившимся в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического или токсического) или под воздействием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов, при применении которых противопоказано управление транспортными средствами, если Застрахованное лицо передало управление транспортным средством такому лицу;
- 4.1.13. событие, наступившее в результате действий Застрахованного лица, находящегося на момент наступления события в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического или токсического), а также под влиянием сильнодействующих и/или психотропных веществ, медицинских препаратов (принятых Застрахованным лицом без предписания врача или по предписанию врача, но с нарушением указанной им дозировки);
- 4.1.14. событие, наступившее в результате алкогольной болезни, алкогольного поражения органов и систем органов, в том числе, алкогольной кардиомиопатии, алкогольного поражения печени, алкогольного поражения почек, алкогольного поражения поджелудочной железы, алкогольной энцефалопатии и всех иных заболеваний, возникающих при употреблении (однократном и/или постоянном/длительном употреблении) алкоголя и его суррогатов;
- 4.1.15. событие, наступившее в результате заболевания и/или патологического состояния и/или травмы установленных/зафиксированных у Застрахованного лица до заключения Договора страхования, и о которых не было письменно сообщено Страховщику при заключении Договора страхования;
- 4.1.16. событие, наступившее в результате болезней Застрахованного лица, прямой или косвенной причиной которых являются условно-патогенная инфекция или злокачественная опухоль, если на момент события, имеющего признаки страхового случая, Застрахованное Лицо было инфицировано ВИЧ или имело синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), при этом:
- 4.1.16.1. «условно-патогенная инфекция» включает пневмоцистное воспаление легких, вызванное *Pneumocystis carinii* (*Pneumocystis jiroveci*), микроорганизмами, вызывающими хронические энтериты, вирусом и/или диссеминированными грибковыми инфекциями;

4.1.16.2. «злокачественные опухоли» включают саркому Капоши, лимфому центральной нервной системы и/или другие злокачественные опухоли, которые потенциально могут являться непосредственной причиной смерти при наличии синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД);

4.1.16.3. «Синдром приобретенного иммунодефицита» включает энцефалопатию ВИЧ (слабоумие) и синдром истощения ВИЧ. Сокращение ВИЧ обозначает вирус иммунодефицита человека;

4.1.16.4. случаи заражения ВИЧ-инфекцией, вызванные действиями, предусмотренными ст.122 УК РФ, и подтвержденные вступившим в силу решением суда, признаются страховыми;

4.1.17. событие, наступившее в результате воздействия на Застрахованное лицо ионизирующей радиации или радиоактивного заражения;

4.1.18. самоубийство Застрахованного лица или попытки совершения Застрахованным лицом самоубийства в первые 2 (два) года Срока страхования, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

4.1.19. пропажа без вести Застрахованного лица, если Застрахованное лицо не объявлено судом умершим, и на его имя не выдано свидетельство о смерти.

4.1.20. наступившее событие, в случае если Страхователем или Застрахованным лицом указаны заведомо ложные сведения в Заявлении на страхование и/или Договоре страхования или представлены подложные документы при заключении Договора страхования;

4.1.21. наступившее событие, в случае если Страхователем или Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем указаны заведомо ложные сведения в документах, представляемых по наступившему событию, или представлены подложные документы для получения страховой выплаты по наступившему событию.

## **5. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, СРОК СТРАХОВАНИЯ**

5.1. Договор страхования заключается в письменной форме между Страховщиком и Страхователем в отношении Застрахованного лица в соответствии с положениями настоящих Правил.

5.2. Договор страхования считается заключенным при условии его подписания Страховщиком и Страхователем.

5.3. Договор страхования заключается на срок не менее 3 (трех) и не более 10 (десяти) лет.

5.4. Срок страхования устанавливается по соглашению сторон, при этом начало и окончание Срока страхования определяются календарными датами, которые указываются в Договоре страхования

5.5. Вне зависимости от даты получения Договора страхования Страхователем, Договор страхования вступает в силу с даты, указанной в Договоре страхования как дата начала Срока страхования при условии уплаты страховой премии (страхового взноса) в полном объеме в срок, указанный в Договоре страхования.

5.6. В случае неуплаты Страхователем Страховой премии (Страхового взноса) в полном объеме до истечения срока, указанного в Договоре страхования как дата уплаты Страховой премии (Страхового взноса), Договор страхования считается не вступившим в силу, и уплаченные денежные средства подлежат возврату Страхователю в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя.

5.7. Действие Договора страхования прекращается по истечении срока его действия (Срока страхования), указанного в Договоре страхования, а также досрочно в случаях, предусмотренных в разделе 10 настоящих Правил.

## **6. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ**

6.1. Размеры Страховых сумм и размер Страховой премии указываются в валюте Российской Федерации в Договоре страхования.

6.2. При определении размера Страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им Страховые тарифы.

6.3. Страховая премия по Договору страхования определяется как произведение Страховой суммы на Страховой тариф и уплачивается Страхователем в рублях РФ, в наличной или безналичной форме одновременно в размере, указанном в Договоре страхования.

6.4. Датой уплаты страховой премии считается дата ее перечисления на расчетный счет Страховщика (при безналичной оплате) или дата поступления денежных средств Страховщику (при наличной оплате).

## 7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. Страховщик обязан:

7.1.1. ознакомить Страхователя с положениями настоящих Правил и вручить их Страхователю вместе с Договором страхования;

7.1.2. при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату в порядке и сроки, установленные Договором страхования;

7.1.3. не разглашать сведения о Страхователе и его имущественном положении, кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

7.1.4. не разглашать медицинскую и иную информацию о Застрахованном лице, ставшую известной Страховщику при заключении Договора страхования, за исключением случаев, когда передача такой информации необходима для заключения договора перестрахования, сострахования и/или выполнения законодательно установленных обязанностей Страховщика. Передача данных о Застрахованном лице допускается только в той мере, в какой это необходимо для оформления договора перестрахования/сострахования, обоснования Страховой выплаты и/или исполнения закона.

7.2. Страхователь обязан:

7.2.1. своевременно уплатить Страховую премию в определенном условиями Договора страхования размере;

7.2.2. при наступлении Страхового случая уведомить об этом Страховщика в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты наступления события, имеющего признаки Страхового случая, направив в адрес Страховщика заявление любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения (почта, курьерская доставка, передача представителю Страховщика, уполномоченному на прием таких документов). Заявление должно содержать номер Договора страхования, дату и обстоятельства страхового события, ФИО Застрахованного лица. К Заявлению Страхователь обязан приложить документы, подтверждающие факт наступления события, имеющего признаки Страхового случая, из списка документов, предусмотренных в разделе 9 настоящих Правил. Обязанность Страхователя сообщить о факте наступления события, имеющего признаки Страхового случая, может быть исполнена Застрахованным лицом или Выгодоприобретателем.

7.2.3. незамедлительно сообщать Страховщику в письменном виде об изменении данных, сообщенных при заключении Договора страхования или в период его действия и изложенных в Договоре страхования или заявлениях (анкетах, декларациях), которые предоставлены Страхователем по Договору страхования.

7.3. Страхователь имеет право:

7.3.1. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования;

7.3.2. получить дубликат Договора страхования в случае его утраты, при этом Страховщик имеет право потребовать от Страхователя уплаты стоимости изготовления экземпляра Договора страхования;

7.3.3. получить от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости, не являющуюся коммерческой тайной;

7.3.4. вносить изменения в Договор страхования в связи с изменением личных данных Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя;

7.3.5. досрочно расторгнуть Договор страхования в соответствии с законодательством РФ и положениями Договора страхования.

7.4. Страховщик имеет право:

7.4.1. проверять сообщаемую Страхователем и Застрахованным лицом информацию, а также выполнение Страхователем своих обязанностей по Договору страхования;

7.4.2. направлять при необходимости запросы в компетентные органы с целью выяснения обстоятельств наступления страхового случая;

7.4.3. при заключении Договора страхования потребовать прохождения медицинского осмотра потенциального Застрахованного лица в учреждении по выбору и за счет Страховщика;

7.4.4. отложить оформление Договора страхования до получения от Страхователя дополнительной информации, если последним были указаны неполные или неточные сведения. В случае предоставления дополнительной информации Страховщик направляет Страхователю письменное извещение о возможности заключения договора страхования.

## 8. РАЗМЕР И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

8.1. Страховая выплата при наступлении Страхового случая по рискам «Дожитие Застрахованного лица до срока, установленного договором», «Смерть Застрахованного лица по любой причине», «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая» осуществляется

единовременным платежом в размере 100% (сто процентов) от страховой суммы, установленной для соответствующего Страхового риска в Договоре страхования.

8.2. После осуществления Страховой выплаты обязательства Страховщика по Договору страхования считаются выполненными в полном объеме, и Договор страхования прекращает свое действие.

8.3. При наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, по Страховым рискам, перечисленным в п.п. 3.1.1.-3.1.3. Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо или наследники Застрахованного лица по закону, если Выгодоприобретатель не был указан в Договоре страхования, обязаны в течение 30 (тридцати) дней, считая от даты наступления события, имеющего признаки Страхового случая, направить Страховщику письменное заявление на получение Страховой выплаты по установленной Страховщиком форме с приложением полного комплекта документов, подтверждающих факт, причину и обстоятельства наступления событий, указанных в разделе 9 настоящих Правил.

8.4. Принятие решения о Страховой выплате и составление страхового акта может быть отсрочено Страховщиком, если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки Страхового случая, Страховщиком назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки расследования или судебного разбирательства, либо до устранения других обстоятельств, препятствовавших выплате. При этом Страховщик направляет Застрахованному лицу (Страхователю, Выгодоприобретателю) уведомительное письмо с указанием причины задержки.

8.5. Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения полного комплекта документов, предусмотренных в разделе 9 настоящих Правил и при условии отсутствия обстоятельств, оговоренных в п. 8.4 настоящих Правил, составляет страховой акт;

8.6. Страховая выплата производится в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня составления Страховщиком страхового акта (если иной порядок не установлен сторонами отдельно).

8.7. Страховая выплата производится в рублях путем перечисления суммы Страховой выплаты на счет получателя в учреждении банка либо иным образом, согласованным со Страховщиком.

8.8. Если Выгодоприобретатель умер, не успев получить Страховую выплату, то Страховая выплата производится наследникам Выгодоприобретателя.

8.9. В случае если Выгодоприобретатель на момент Страховой выплаты является несовершеннолетним, причитающаяся ему сумма переводится во вклад в банке на его имя с уведомлением его законных представителей.

8.10. Если Выгодоприобретатель не назначен, то право на получение Страховой выплаты принадлежит Застрахованному лицу, а в случае смерти Застрахованного лица – его наследникам.

## **9. ДОКУМЕНТЫ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫЕ СТРАХОВЩИКУ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.**

9.1. При наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, по каждому из Страховых рисков указанных в п. 3.1 настоящих Правил Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:

9.1.1. Заявление на получение Страховой выплаты, подаваемое в установленной Страховщиком форме Выгодоприобретателем, указанным в Договоре страхования для Страхового риска, по которому заявляется событие, имеющее признаки Страхового случая;

9.1.2. Договор страхования;

9.1.3. документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (паспорт или иной документ, удостоверяющий личность);

9.1.4. в случае если заявление на получение Страховой выплаты подаётся представителем Застрахованного лица / Выгодоприобретателя - документ, удостоверяющий личность заявителя и нотариально заверенная доверенность, выданная Выгодоприобретателем своему законному представителю, или иной предусмотренный действующим законодательством РФ документ, удостоверяющий права законного представителя на предоставление интересов Выгодоприобретателя перед Страховщиком.

9.1.5. в случае если заявление на получение Страховой выплаты подаётся наследниками Застрахованного лица/Выгодоприобретателя - свидетельство о праве на наследство с указанием размера Страховой выплаты или ее части.

9.2. При наступлении Страхового случая по Страховому риску «Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования», если Застрахованное лицо не является Выгодоприобретателем, дополнительно к документам, указанным в п.9.1 настоящих Правил, предоставляется нотариально заверенная копия паспорта Застрахованного лица, удостоверенная не ранее наступления страхового случая по Страховому риску «Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования».



9.3. При наступлении события, имеющего признаки Страхового случая по Страховым рискам «Смерть Застрахованного лица по любой причине», «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая», дополнительно к документам, указанным в п.9.1 настоящих Правил, должны быть представлены следующие документы:

9.3.1. нотариально заверенная копия свидетельства о смерти;

9.3.2. медицинское свидетельство о смерти или корешок медицинского свидетельства о смерти (форма 106/у-08);

9.3.3. посмертный эпикриз (если смерть наступила в стационаре);

9.3.4. акт/протокол патолого-анатомического вскрытия / исследования и патолого-химического исследования или акты судебно-медицинского вскрытия / исследования и судебно-химического исследования или заключение эксперта (судебно-медицинского), если вскрытие не проводилось – копия заявления родственников об отказе от вскрытия, заверенная печатью медицинского учреждения и подписью уполномоченного лица того учреждения, в которое это заявление подавалось.

9.4. В случае, если Застрахованное лицо пропало без вести, Страховщику должно быть представлено решение суда, вступившего в законную силу, о признании Застрахованного лица умершим.

9.5. Если событие, имеющее признаки Страхового случая, наступило в результате ДТП, должны быть представлены:

9.5.1. справка о дорожно-транспортном происшествии (форма, утвержденная приказом МВД России от 01.04.2011 № 154) с приложением, заполняемым при наличии пострадавших;

9.5.2. водительское удостоверение лица, управлявшего транспортным средством на момент наступления события, имеющего признаки страхового случая;

9.5.3. свидетельство о регистрации транспортного средства, в котором находилось Застрахованное лицо в момент наступления события, имеющего признаки страхового случая;

9.5.4. акт/протокол медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, управлявшего транспортным средством в момент наступления события, имеющего признаки страхового случая.

9.6. В случае если событие, имеющее признаки страхового случая, наступило вследствие травмы, должны быть представлены:

9.6.1. результаты рентгенологических исследований (рентгенограммы на любом виде носителя с заключением врача-рентгенолога);

9.6.2. медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у-04) или выписка из медицинской карты амбулаторного больного (форма 027/у), содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица до заключения Договора страхования заболеваниях и травмах, а также о датах всех обращений, диагнозов, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения в течение всего периода наблюдения (из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания), месту регистрации (всех мест регистрации), включая лечебные учреждения, оказывавшие медицинскую помощь в рамках договоров ДМС, куда Застрахованное лицо обращалось на протяжении 10 (Десяти) лет до заключения Договора страхования);

9.6.3. медицинская карта стационарного больного (форма 003/у) или выписка из медицинской карты стационарного больного (форма 027/у) с информацией о дате обращения по поводу заявленного события, анамнезе, диагнозе, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения, если имело место стационарное лечение / нахождение в реанимации.

9.7. Если событие, имеющее признаки Страхового случая, наступило в результате производственной травмы, должен быть представлен акт о несчастном случае на производстве (форма Н-1).

9.8. Если причиной наступления события, имеющего признаки Страхового случая, явилась Болезнь, должны быть представлены:

9.8.1. медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у-04) или выписка из медицинской карты амбулаторного больного (форма 027/у), содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица до заключения Договора страхования заболеваниях и травмах, а также о датах всех обращений, диагнозов, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения в течение всего периода наблюдения (из лечебных учреждений по месту жительства (всех мест проживания), месту регистрации (всех мест регистрации), включая лечебные учреждения, оказывавшие медицинскую помощь в рамках договоров ДМС, куда Застрахованное лицо обращалось на протяжении 10 (десяти) лет до заключения Договора страхования);

9.8.2. медицинская карта стационарного больного (форма 003/у) или выписка из медицинской карты стационарного больного (форма 027/у) с информацией о дате обращения по поводу заявленного события, анамнезе, диагнозе, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения, если имело место стационарное лечение/нахождение в реанимации;



9.8.3. данные об обращении Застрахованного лица за медицинской помощью из Фонда обязательного медицинского страхования/страховой компании, осуществляющей обязательное медицинское страхование (ОМС), и в случае наличия полиса добровольного медицинского страхования - из страховой компании, осуществляющей добровольное медицинское страхование (ДМС);

9.8.4. переводной эпикриз, если имел место перевод Застрахованного лица из одного стационара в другой;

9.8.5. выписки из медицинских карт амбулаторного больного (форма 027/у) онкологического/наркологического/противотуберкулезного/психоневрологического диспансеров с информацией о диагнозе и дате постановки на учет, дате первичного диагностирования заболевания, проведенном обследовании и лечении.

9.9. Если наступление события, имеющего признаки Страхового случая, или обстоятельства его наступления зафиксированы правоохранительными органами в соответствии с действующим законодательством, должны быть представлены:

9.9.1. постановление о возбуждении / отказе в возбуждении уголовного дела в отношении Застрахованного лица;

9.9.2. Приговор суда, если по факту наступления события, имеющего признаки страхового случая, уголовное дело было возбуждено;

9.10. Если иное прямо не предусмотрено положениями настоящих Правил, указанные в разделе 9 настоящих Правил документы должны представляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариусом или органом/учреждением/организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником.

9.11. Документы, предусмотренные разделом 9 настоящих Правил и представляемые Страховщику в связи с рассмотрением заявления на получение Страховой выплаты, должны быть составлены на русском языке или иметь нотариально заверенный апостилированный перевод на русский язык.

9.12. Датой получения Страховщиком документов, предусмотренных разделом 9 настоящих Правил считается одна из следующих дат:

9.12.1. в случае если документ направлен Страхователем через организацию связи - дата получения Страховщиком документа через организацию связи;

9.12.2. в случае если документ представляется Страхователем лично или с нарочным - дата получения документа Страховщиком по месту нахождения Страховщика, либо лицом, уполномоченным Страховщиком на получение юридически значимых документов от Страхователей.

9.13. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически представленных документов для признания заявленного события страховым случаем и определения размера Страховой выплаты, в связи с чем оставляет за собой право сократить перечень документов, приведенный в разделе 9 настоящих Правил.

9.14. В случае представления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком вследствие плохого качества изображения или нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе потребовать представления документов надлежащего качества.

9.15. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически представленных документов и направлять запросы о представлении недостающих документов/сведений/информации в соответствующие органы/учреждения/организации, самостоятельно осуществлять экспертизу, устанавливать факты, и выяснять причины и обстоятельства заявленного события.

9.16. В случае если в Договоре страхования указано несколько Выгодоприобретателей по одному Страховому риску, в связи с наступлением события, имеющего признаки Страхового случая по этому Страховому риску, заявление на получение Страховой выплаты обязан представить каждый из претендующих на Страховую выплату Выгодоприобретателей, при этом обязанность по представлению указанных в разделе 9 настоящих Правил документов лежит на них солидарно.

## **10. ДОСРОЧНОЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

10.1. Действие Договора страхования досрочно прекращается:

10.1.1. при выполнении Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме;

10.1.2. если возможность наступления Страхового случая отпала, и существование Страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем Страховой случай, в том числе в случае смерти Застрахованного лица, не являющейся Страховым случаем в соответствии с разделом 4 настоящих Правил;

- 10.1.3. смерти Страхователя, не являющегося Застрахованным лицом, если Застрахованное лицо откажется от принятия на себя прав и обязанностей Страхователя по Договору страхования или не подтвердит их принятие в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения запроса об этом от Страховщика;
- 10.1.4. по инициативе Страхователя;
- 10.1.5. в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
- 10.2. Расторжение Договора страхования по инициативе Страхователя:
- 10.2.1. В случае принятия решения о досрочном расторжении Договора страхования, Страхователь направляет Страховщику Заявление о расторжении Договора страхования и оригинал Договора страхования.
- 10.2.2. В Заявлении о расторжении Договора страхования Страхователь обязан указать:
- 10.2.2.1. номер Договора страхования;
- 10.2.2.2. банковские реквизиты, по которым необходимо перечислить выкупную сумму и дополнительный инвестиционный доход;
- 10.2.2.3. в случае если Страхователем является физическое лицо, заявление должно быть им подписано;
- 10.2.2.4. в случае если Страхователем является юридическое лицо, заявление должно быть подписано уполномоченным представителем Страхователя, на заявлении также должен быть проставлен оригинальный оттиск печати Страхователя.
- 10.2.3. Дата досрочного прекращения действия Договора страхования определяется Страховщиком, но не может быть позднее 30 (тридцатого) календарного дня от даты получения письменного Заявления о расторжении Договора страхования.
- 10.2.4. Датой получения письменного Заявления о расторжении Договора страхования считается одна из следующих дат:
- 10.2.4.1. в случае если Заявление о расторжении Договора страхования направлено Страхователем через организацию связи - дата получения Страховщиком Заявления о расторжении Договора страхования через организацию связи;
- 10.2.4.2. в случае если Заявление о расторжении Договора страхования представляется Страхователем лично или с нарочным - дата получения Заявления о расторжении Договора страхования Страховщиком по месту нахождения Страховщика, либо лицом, уполномоченным Страховщиком на получение юридически значимых документов от Страхователей.
- 10.2.5. Дополнительное соглашение при расторжении Договора страхования по инициативе Страхователя не заключается.
- 10.3. Страхователь имеет право отказаться от исполнения Договора страхования в течение Периода охлаждения путем подачи Страховщику письменного Заявления об отказе от Договора страхования. В Заявлении об отказе от Договора страхования Страхователь обязан указать:
- 10.3.1. номер Договора страхования;
- 10.3.2. банковские реквизиты, по которым необходимо перечислить уплаченную по Договору страхования Страховую премию;
- 10.3.3. в случае если Страхователем является физическое лицо, заявление должно быть им подписано;
- 10.3.4. в случае если Страхователем является юридическое лицо, заявление должно быть подписано уполномоченным представителем Страхователя, на заявлении также должен быть проставлен оригинальный оттиск печати Страхователя.
- 10.4. При отказе Страхователя от исполнения Договора страхования, Страховщик возвращает Страхователю всю уплаченную Страховую премию (всю сумму уплаченного Страхового взноса) при условии отсутствия по Договору страхования Страховых случаев.
- 10.5. Датой отказа Страхователя от Договора страхования считается дата получения Страховщиком письменного Заявления об отказе от Договора страхования. Дополнительное соглашение при отказе Страхователя от Договора страхования не заключается.
- 10.6. Датой получения письменного Заявления об отказе от Договора страхования считается:
- 10.6.1. в случае если Заявление об отказе от Договора страхования направлено Страхователем через организацию связи - дата отправки Страхователем Заявления об отказе от Договора страхования через организацию связи;
- 10.6.2. в случае если Заявление об отказе от Договора страхования представляется Страхователем лично или с нарочным - дата получения Заявления об отказе от Договора страхования Страховщиком по месту нахождения Страховщика, либо лицом, уполномоченным Страховщиком на получение юридически значимых документов от Страхователей.
- 10.7. Возврат уплаченной Страховой премии (Страхового взноса) производится в течение 10 (десяти) рабочих дней, считая от даты получения Страховщиком Заявления об отказе от Договора страхования.

## 11. ВЫКУПНАЯ СУММА

11.1. При досрочном прекращении действия Договора страхования (за исключением случаев, предусмотренных п. 10.1.1 настоящих Правил) Страхователю выплачивается выкупная сумма, если она была определена условиями Договора страхования.

11.2. Выкупная сумма на дату досрочного прекращения действия Договора страхования определяется в размере, указанном в Договоре страхования для периода действия Договора страхования, соответствующего дате досрочного прекращения действия Договора страхования.

11.3. Выкупная сумма выплачивается Страхователю (его наследникам) или по его (их) поручению любому иному дееспособному физическому лицу или юридическому лицу в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента досрочного прекращения действия Договора страхования, если иной срок не согласован Сторонами.

## 12. УЧАСТИЕ В ИНВЕСТИЦИОННОМ ДОХОДЕ СТРАХОВЩИКА

12.1. Страховщик по итогам инвестиционной деятельности определяет дополнительный инвестиционный доход по Договору страхования, выраженный в рублях РФ. Дополнительный инвестиционный доход выплачивается дополнительно к:

12.1.1. Страховым выплатам, связанным со Страховыми случаями по Страховым рискам «Дожитие Застрахованного лица до срока, установленного договором» и «Смерть Застрахованного лица по любой причине»;

12.1.2. выкупной сумме, в случае досрочного прекращения действия Договора страхования;

12.2. Расчетный период – это период, за который рассчитывается дополнительный инвестиционный доход.

12.3. Дата начала Расчетного периода принимается равной дате начала Срока страхования.

12.4. Датой распределения дополнительного инвестиционного дохода по Договору страхования является одна из следующих дат:

12.4.1. при наступлении Страхового случая по Страховому риску «Дожитие Застрахованного лица до срока, установленного договором» - дата окончания Срока страхования. В случае если датой окончания Срока страхования окажется нерабочий день, то датой окончания Расчетного периода будет являться следующий после нерабочего рабочий день;

12.4.2. при наступлении Страхового случая по Страховому риску «Смерть Застрахованного лица по любой причине» - наиболее ранняя из двух дат:

12.4.2.1. дата утверждения страхового акта Страховщиком;

12.4.2.2. дата окончания Срока страхования;

12.4.3. при досрочном прекращении действия Договора страхования в результате смерти Застрахованного лица, не являющейся Страховым случаем – наиболее ранняя из двух дат:

12.4.3.1. дата утверждения страхового акта Страховщиком;

12.4.3.2. дата окончания Срока страхования.

12.4.4. в случае досрочного прекращения действия Договора страхования по иным обстоятельствам – дата досрочного прекращения Договора страхования.

12.5. Дата окончания Расчетного периода принимается равной:

12.5.1. для Договоров страхования не включающих Дополнительные условия страхования №1 Автофиксация – Дате распределения дополнительного инвестиционного дохода;

12.5.2. для Договоров страхования включающих Дополнительные условия страхования №1 Автофиксация – наиболее ранней из двух дат:

12.5.2.1. Дата распределения дополнительного инвестиционного дохода;

12.5.2.2. Дата автофиксации, определенная в соответствии с Дополнительными условиями страхования №1 Автофиксация.

12.6. Базовый актив является инвестиционным активом, доход по которому определяет размер дополнительного инвестиционного дохода по Договору страхования.

12.7. Валюта инвестирования – установленная в Договоре страхования иностранная валюта, используемая в целях расчета дополнительного инвестиционного дохода по Договору страхования.

12.8. Дополнительный инвестиционный доход за расчетный период определяется как:

$$\text{ИД} = \text{Премия} * (\text{Курс}(t) / \text{Курс}(0)) * \text{КУ} * \text{Максимум} [0; (\text{Стоимость\_БА}(t) - \text{Стоимость\_БА}(0)) / \text{Стоимость\_БА}(0)]$$

где:

ИД – Дополнительный инвестиционный доход Страхователя;

Премия – размер уплаченной страховой премии по Договору страхования;



Курс(0) – установленный Центральным Банком Российской Федерации курс Валюты инвестирования на дату начала расчетного периода;  
Курс(t) – установленный Центральным Банком Российской Федерации курс Валюты инвестирования на дату окончания расчетного периода;  
КУ – установленный в Договоре страхования Коэффициент участия, отражающий участие Договора страхования в динамике Базового актива;  
Стоимость\_БА(t) – котировка закрытия торгового дня Базового актива в Дату окончания расчетного периода;  
Стоимость\_БА(0) – котировка закрытия торгового дня Базового актива в Дату начала расчетного периода.

12.9. Риски, перечисленные в настоящем пункте, могут негативно повлиять на размер Дополнительного инвестиционного дохода по Договору страхования;

12.9.1. В наиболее общем виде понятие риска связано с возможностью положительного или отрицательного отклонения результата деятельности от ожидаемых или плановых значений, т.е. риск характеризует неопределенность получения ожидаемого Дополнительного инвестиционного дохода по итогам Расчетного периода.

12.9.2. Риски, при наступлении которых Дополнительный инвестиционный доход не выплачивается:

А) Рыночные риски:

- i. Прекращение и/или сбой расчета Базового актива;
- ii. Изменение формулы и/или метода расчета Базового актива;
- iii. Отсутствие вторичной ликвидности;

Б) Системные риски:

- i. Банкротство эмитента ценных бумаг;
- ii. Банкротство инвестиционной компании, с участием которой проводится инвестирование средств в Базовый актив;
- iii. Банкротство Управляющей компании / брокера, с участием которой (-ого) проводится инвестирование в Базовый актив;

В) Персоналифицированные риски:

- i. Включение Страхователя и/или Застрахованного лица и/или выгодоприобретателя в списки нежелательных клиентов (санкционные списки) иностранных государств, в юрисдикции которых осуществляется инвестирование в Базовый актив.

12.9.3. Риски, при наступлении которых размер Дополнительного инвестиционного дохода может быть уменьшен Страховщиком:

А) Рыночные риски

- i. Цена Базового актива и соответственно Дополнительный инвестиционный доход могут увеличиваться и уменьшаться, результаты инвестирования в прошлом не определяют доходы в будущем;
- ii. Относительная доходность Базового актива, рассчитанная на основании средних значений цены Базового актива за период, может значительно отличаться от доходности самого Базисного актива;

Б) Системные риски:

- i. Частичное неисполнение обязательства инвестиционной компанией, с участием которой проводится инвестирование средств в Базовый актив;

В) Операционные риски:

- i. Неправильное функционирование оборудования и программного обеспечения, используемого при обработке транзакций, а также неправильные действия или бездействие персонала организаций, участвующих в расчетах;

Г) Юридические и налоговые риски:

- i. Изменения в налоговом законодательстве Российской Федерации в течение срока действия Договора страхования могут негативно сказаться на нетто-доходности по Договору страхования;
- ii. К страховым выплатам применяются нормы действующего на дату страхового случая налогового законодательства Российской Федерации.

12.10. Указанное в подпунктах 12.9.2., 12.9.3. настоящих Правил описание рисков не раскрывает информации обо всех рисках вследствие разнообразия ситуаций, возникающих при исполнении Договора страхования.

### **13. Внесение изменений в Договор страхования**

13.1. Все изменения и дополнения вносятся в Договор страхования на основании письменного заявления Страхователя о внесении изменений по форме Страховщика (далее - Заявление).

13.2. В случае если Страхователем является физическое лицо, Заявление должно быть им подписано. В случае если Страхователем является юридическое лицо, Заявление должно быть подписано уполномоченным представителем Страхователя, на Заявлении также должен быть проставлен оригинальный оттиск печати Страхователя.

13.3. Актуальные редакции форм Заявлений размещаются Страховщиком в сети Интернет на сайте [www.vtbinslife.ru](http://www.vtbinslife.ru), а также могут быть получены Страхователем по письменному запросу Страховщику.

13.4. За исключением случаев, предусмотренных законодательством, настоящими Правилами и Договором страхования, все изменения в Договор страхования оформляются подписанием дополнительного соглашения к Договору страхования.

13.5. Следующие изменения вносятся в Договор страхования в безакцептном порядке без подписания дополнительного соглашения к Договору страхования и без направления письма-акцепта:

13.5.1. изменение реквизитов (паспортных данных) и иных персональных данных Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателей;

13.5.2. изменение Выгодоприобретателей по всем указанным в п.3.1 настоящих Правил Страховым рискам.

13.6. Изменения в Договор страхования, указанные в п.13.5 настоящих Правил вносятся Страховщиком с рабочего дня, следующего за Датой фактического получения Заявления.

13.7. Датой фактического получения Заявления считается:

13.7.1. в случае если Заявление направлено Страхователем через организацию связи - дата получения Страховщиком Заявления через организацию связи;

13.7.2. в случае если Заявление представляется Страхователем лично или с нарочным - дата получения Заявления Страховщиком по месту нахождения Страховщика, либо лицом, уполномоченным Страховщиком на получение юридически значимых документов от Страхователей.

13.8. Следующие изменения вносятся в Договор страхования без подписания дополнительного соглашения к Договору страхования путем акцепта со стороны Страховщика:

13.8.1. изменение Застрахованного лица;

13.8.2. изменение Порога автофиксации для Договоров страхования, включающих Дополнительные условия страхования №1 Автофиксация;

13.8.3. включение в Договор страхования либо исключение из Договора страхования Дополнительных условий страхования №1 Автофиксация.

13.9. Акцептом со стороны Страховщика указанных в п.13.8 настоящих Правил изменений в Договор страхования является направление Страховщиком Страхователю через организацию связи письма-акцепта в срок, не превышающий 5 (пять) рабочих дней с Даты фактического получения Заявления.

13.10. Изменения в Договор страхования, указанные в п.13.8 настоящих Правил вносятся Страховщиком с рабочего дня, следующего за Датой направления письма-акцепта.

13.11. Датой направления письма-акцепта является дата сдачи Страховщиком письма-акцепта в организацию связи.

13.12. Изменения в Договор страхования, указанные в п.13.8.1 настоящих Правил могут вноситься один раз за весь срок действия Договора страхования. Изменения в Договор страхования, указанные в п.13.8.2 настоящих Правил и п.13.8.3 настоящих Правил могут вноситься не чаще чем раз в полгода, при этом дата фактического получения Заявления не должна быть позже 30 календарных дней до даты окончания Срока страхования.

13.13. Порядок внесения изменений с подписанием Дополнительного соглашения:

13.13.1. в срок не превышающий 10 (десять) рабочих дней с Даты фактического получения Заявления Страховщик формирует, подписывает со своей стороны и направляет в адрес Страхователя Дополнительное соглашение к Договору страхования в порядке оферты с указанием в нем срока для предоставления Акцепта;

13.13.2. под Акцептом понимается Фактическое получение Страховщиком подписанного со стороны Страхователя экземпляра Дополнительного соглашения в срок, указанный в Дополнительном соглашении;

13.13.3. под Фактическим получением подписанного со стороны Страхователя экземпляра Дополнительного соглашения понимается:

13.13.3.1. в случае если Дополнительное соглашение направлено Страхователем через организацию связи - дата получения Страховщиком Дополнительного соглашения через организацию связи;

13.13.3.2. в случае если Дополнительное соглашение представляется Страхователем лично или с нарочным - дата получения Дополнительного соглашения Страховщиком по месту нахождения

Страховщика, либо лицом, уполномоченным Страховщиком на получение юридически значимых документов от Страхователей;

13.13.4. в случае поступления в указанные в Дополнительном соглашении сроки Акцепта, изменения, предусмотренные Дополнительным соглашением, будут считаться вступившими в силу и обязательными для сторон Договора страхования;

13.13.5. в случае не поступления в указанные в Дополнительном соглашении сроки Акцепта, изменения, предусмотренные Дополнительным соглашением, будут считаться не вступившими в силу, а поступившее ранее Заявление отмененным и не подлежащим исполнению по инициативе Страхователя.

#### **14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

14.1. Все споры по Договору страхования между Страхователем и Страховщиком рассматриваются путем переговоров, а при не достижении согласия - в судебном порядке, при этом досудебный претензионный порядок разрешения спора является обязательным только для Страхователя / Застрахованного / Выгодоприобретателя.

#### **15. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

15.1. Страховщик не несёт ответственности за неисполнение/ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору страхования, если оно возникло вследствие обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор).

15.2. Все заявления и извещения, которые делают друг другу субъекты страхования, должны производиться в письменной форме, способами, позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения (почта, курьерская доставка, передача представителю Страховщика, уполномоченному на прием таких документов).

15.3. Каждая из сторон несет ответственность за направление своего сообщения до другой стороны по последнему известному адресу извещаемой стороны, а извещаемая сторона несет ответственность за получение сообщения, направленного по последнему адресу, о котором была извещена отправляющая сторона.

15.4. Извещения, уведомления, и иные отправления считаются произведенными надлежащим образом, если они были направлены по последнему известному отправляющей стороне адресу.

15.5. В случае расхождений между положениями Договора страхования и настоящими Правилами, преимущественную силу имеет Договор страхования.

15.6. При подписании договоров страхования, приложений, дополнений к договору страхования и корреспонденции, Страховщик может использовать факсимильное воспроизведение оттиска печати и подписей лиц, уполномоченных от имени Страховщика подписывать договоры страхования и приложения к ним.

15.7. Страховщик выступает налоговым агентом в отношении доходов Страхователя/Выгодоприобретателя по соответствующему страховому риску, источником которых является Страховщик (в соответствии со ст.226 Налогового кодекса Российской Федерации).



## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ №1 АВТОФИКСАЦИЯ

1. Порог автофиксации – установленное в Договоре страхования числовое значение.
2. Настоящие Дополнительные условия страхования №1 Автофиксация (далее – ДУ) применяются в отношении Договора страхования только в том случае, когда в Договоре страхования установлено положительное значение Порога автофиксации.
3. Дата начала действия настоящих ДУ равна дате начала Срока страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования. Дата окончания действия настоящих ДУ равна дате окончания Срока страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

4. Дата начала действия Порога автофиксации равна дате начала Срока страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования. Дата окончания действия Порога автофиксации равна дате окончания Срока страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

5. Пороговое значение дополнительного инвестиционного дохода – величина, рассчитываемая по формуле:

Премия \* Порог автофиксации

где

Премия – размер уплаченной Страховой премии по Договору страхования;

6. Расчетная величина дополнительного инвестиционного дохода на дату Т – величина, рассчитываемая по формуле

Премия \* (Курс (Т) / Курс(0)) \* КУ \* Максимум [0; (Стоимость\_БА(Т) – Стоимость\_БА(0)) / Стоимость\_БА(0) ]

Где

Премия – размер уплаченной Страховой премии по Договору страхования;

Курс(0) – установленный Центральным Банком Российской Федерации курс Валюты инвестирования на Дату начала расчетного периода;

Курс(Т) – установленный Центральным Банком Российской Федерации курс Валюты инвестирования на дату Т;

КУ – установленный в Договоре страхования Коэффициент участия, отражающий участие Договора страхования в динамике Базового актива;

Стоимость\_БА(0) – котировка закрытия торгового дня Базового актива в Дату начала расчетного периода;

Стоимость\_БА(Т) – котировка закрытия торгового дня Базового актива в дату Т.

7. Дата начала расчетного периода для Автофиксации равна наиболее поздней из дат:

7.1. Дата начала расчетного периода по Договору страхования;

7.2. Дата начала действия настоящих ДУ;

7.3. Дата начала действия Порога автофиксации.

8. Дата автофиксации – дата Т, удовлетворяющая одновременно двум следующим условиям:

8.1. Расчетная величина дополнительного инвестиционного дохода на дату Т превышает Пороговое значение дополнительного инвестиционного дохода;

8.2. Для всех дат S, лежащих в промежутке от Даты начала расчетного периода для Автофиксации до даты, предшествующей дате Т, Расчетная величина дополнительного инвестиционного дохода на дату S не превышала Порогового значения дополнительного инвестиционного дохода.

## **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ №2 ВЫДАЧА ЗАЙМА (ССУДЫ) СТРАХОВАТЕЛЮ**

1. Настоящие Дополнительные условия страхования №2 (далее – Дополнительные условия), являются неотъемлемой частью Договора страхования, если они непосредственно указаны в тексте Договора страхования или если положения этих условий будут прямо прописаны в Договоре страхования.
2. Для получения займа (ссуды) Страхователь передает Страховщику Заявление о выдаче займа (ссуды).
3. Решение о предоставлении займа (ссуды) принимается Страховщиком и не может быть оспорено Страхователем.
4. Займ (ссуда) может быть выдан Страхователю при условии, что:
  - 4.1. Страхователь является физическим лицом;
  - 4.2. Договор страхования заключен на срок не менее 5 лет;
  - 4.3. размер займа (ссуды) не превышает размера выкупной суммы, установленной на дату Заявления о выдаче займа (ссуды);
  - 4.4. срок погашения займа (ссуды) не превышает срок страхования, оставшийся с даты предоставления займа (ссуды);
  - 4.5. выдача займа (ссуды) производится на возмездной основе (с условием платы за пользование займом в размере не менее нормы доходности от размещения резерва по страхованию жизни, использованной при расчете страхового тарифа по Договору страхования);
  - 4.6. ранее выданный займ (ссуда) по Договору страхования был возвращен (погашен) Страхователем в размере и сроки, оговоренные при выдаче займа (ссуды).
5. Выдача займа (ссуды) оформляется в виде дополнительного соглашения о предоставлении займа к Договору страхования с указанием:
  - 5.1. срока займа (ссуды);
  - 5.2. величины годовой процентной ставки (простые проценты) за пользование займом (ссудой).
6. Страхователь обязан вернуть Страховщику полученный им займ (ссуду) в срок, оговоренный дополнительном соглашении о предоставлении займа к Договору страхования с учетом процентов за пользование займом.
7. Процентная ставка начисляется со дня, следующего за днем предоставления займа, на всю сумму займа за каждый календарный день пользования займом. Задолженность Страхователя по займу при этом составляет величину займа, увеличенную на величину накопленных процентов за пользование займом.
8. При получении Страховщиком платежа в погашение займа, задолженность Страхователя по займу уменьшается на величину платежа и с даты, следующей за датой поступления платежа на расчетный счет Страховщика, проценты начисляются на уменьшенную с учетом поступившего платежа задолженность Страхователя по займу.
9. Сумма Задолженности Страхователя по займу удерживается из
  - 9.1. страховой выплаты в связи с наступлением страхового случая по рискам «ДОЖИТИЕ», «СМЕРТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЛЮБОЙ ПРИЧИНЫ», «СМЕРТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ»
  - 9.2. выкупной суммы, в случае досрочного расторжения Договора страхования.
10. В случае если на какую-либо дату задолженность Страхователя по займу превысит размер выкупной суммы, действующей на эту дату, указанное превышение признается волеизъявлением Страхователя о расторжении Договора страхования.
11. Датой расторжения Договора страхования по указанным в п. 10 настоящих Дополнительных условий основаниям считается календарный день, следующий за датой на которую Задолженность Страхователя по займу превысила размер действующей на эту дату выкупной суммы, Соглашение о расторжении Договора страхования не заключается, при этом в течение не более 10 (десяти) рабочих дней с момента расторжения по указанным в настоящем пункте основаниям, Страховщик направляет Страхователю уведомление о проведенном расторжении.





**9. Декларация Застрахованного лица**

Настоящим я,	<input type="checkbox"/> подтверждаю	<input type="checkbox"/> не подтверждаю
1) что: а) у меня нет действующего направления на медицинское обследование по состоянию здоровья; б) не состою на учете в наркологическом, психоневрологическом, туберкулезном, кожно-венерологическом диспансере; в) не страдаю онкологическими заболеваниями, заболеваниями, вызванными воздействием радиации, СПИДом и другими заболеваниями, связанными с вирусом иммунодефицита человека; г) не являюсь инвалидом и не имею оснований для присвоения группы инвалидности; д) не проходил лечения и не страдаю в настоящее время и в течение последних 5 лет заболеваниями сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертензия, порок сердца, нарушение ритма, инсульт), какими-либо заболеваниями легких (за исключением острых респираторных заболеваний), головного мозга, печени, желудочно-кишечного тракта (за исключением острых пищевых отравлений, гастрита), почек, эндокринной системы, сахарным диабетом, психическими расстройствами, параличом, заболеваниями костно-мышечной системы, заболеваниями крови (за исключением железодефицитной анемии легкой степени); е) на протяжении последних 12 месяцев я ни разу не был госпитализирован и не подвергался хирургическим вмешательствам; ж) в настоящее время не прохожу службу в вооруженных силах, не работаю со взрывчатыми или радиоактивными веществами, не занят(-а) на подземных работах, не являюсь водолазом, пожарным, работником ядерной промышленности, нефтяником или охранником; з) не являюсь пилотом, машинистом, водителем или членом экипажа на воздушном и/или железнодорожном транспорте; не занимаюсь авиацией в качестве хобби; и) не занимаюсь опасными видами спорта, такими как: бокс, боевые искусства, альпинизм, автогонки, мотокросс, скалолазание, парашютный спорт и прочие воздушные виды спорта, дайвинг (глубже 30 метров или в одиночку), горнолыжные виды спорта (за исключением любительского катания на подготовленных горных склонах); к) не занимаюсь какими-либо видами спорта на профессиональной основе (за исключением интеллектуальных видов спорта); л) не участвую в соревнованиях или попытках установления рекорда и не намереваюсь путешествовать в горячие точки планеты.		
2) достоверность всех сведений, указанных в настоящей Декларации Застрахованного лица. Мне известно, что если какое-либо сведение будет заведомо ложным Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и возмещения понесенных им убытков, при этом страховые выплаты по Договору страхования не осуществляются.		

**10. Выгодоприобретатели**

Выгодоприобретатель	Доля в страховой выплате		
	по п.5.1	по п.5.2	по п.5.3

Подпись Страхователя:

\_\_\_\_\_  
 Генеральный директор АО ВТБ Страхование жизни

Подпись Застрахованного лица:

\_\_\_\_\_  
 Подпись

\_\_\_\_\_  
 ФИО

Подпись Страхователя:

\_\_\_\_\_  
 Подпись

\_\_\_\_\_  
 ФИО

Договор страхования № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
Страховая программа "Максимум (мультивалютный)"**11. Дополнительные сведения****11.1. Страхователь:**

Иностранным публичным должностным лицом, его супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, дедушкой, бабушкой или внуком), полнородными или неполнородными (имеющим общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным), должностным лицом публичных

 Не является  Является

Лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации

 Не является  Является

Лицом, замещающим должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации

 Не является  Является

Зарегистрирован, проживает или использует счета в банке на территории КНДР или Ирана

 Нет  ДаГражданство:  Российская Федерация  иное: \_\_\_\_\_ (указать название государства)  нет

Миграционная карта:

дата начала действия дата окончания действия

(для иностранных граждан/лиц без гражданства)

Документ:

(подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ)

ИНН:

(при наличии)

Бенефициарный владелец Страхователя (физическое лицо, которое имеет возможность контролировать действия Страхователя):

 не имеется  имеется

Подпись Страхователя:

\_\_\_\_\_  
Генеральный директор АО ВТБ Страхование жизни:

Подпись Застрахованного лица:

\_\_\_\_\_  
Подпись фото

Подпись Страхователя:

\_\_\_\_\_  
Подпись фото

<b>12. Личный кабинет клиента</b>	
Адрес электронной почты _____	
<p>Настоящим Страхователь дает свое согласие на использование адреса электронной почты, указанного в настоящем разделе, с целью подключения услуги «Личный кабинет».</p> <p>Данное согласие действует до даты прекращения Договора страхования и может быть отозвано путем подачи соответствующего письменного уведомления, подписанного в присутствии уполномоченного представителя Страховщика, или путем передачи Страховщику отзыва настоящего согласия, подписанного Страхователем на котором удостоверена нотариально.</p> <p>Страхователь обязуется незамедлительно уведомлять Страховщика о случаях несанкционированного использования зарегистрированных за Страхователем адреса электронной почты и пароля, не передавать пароль третьим лицам или использовать адреса электронной почты и пароли третьих лиц. Страхователь подтверждает, что осознает полную ответственность за сохранность информации о подключении услуги «Личный кабинет» (включая информацию об адресе электронной почты и пароле) и за все действия, которые будут произведены в Личном кабинете с использованием указанного выше адреса электронной почты и пароля к нему.</p> <p>Страхователь понимает, что информация, предоставленная в рамках услуги «Личный кабинет», носит информационно-справочный характер (не является публичной офертой), Страховщик не несет ответственность в случае возможного искажения информации в результате технических сбоев, действия несанкционированных (вредоносных) программ (вирусов), а также не несет ответственность за ущерб, который может быть причинен имуществу Страхователя (иному лицу) в результате таких событий.</p>	
<b>13. Иные условия и оговорки</b>	
13.1	В случае если Застрахованное лицо в Разделе 9 настоящего Договора страхования ставит отметку в графе «Не подтверждаю», то к отношениям сторон в рамках настоящего Договора Раздел 4 "Перечень исключений" Дополнительных правил страхования жизни с участием в прибыли № 3 (мультивалютный продукт) (в редакции от _____) не применяется.
13.2	Страхователь и Страховщик пришли к соглашению об использовании Страховщиком факсимильного воспроизведения оттиска печати и подписи, которое признается сторонами аналогом оригинального оттиска и собственноручной подписи Страховщика. Договор считается заключенным только при наличии подлинной или факсимильной подписи и оригинального или факсимильного оттиска печати Страховщика, а в случае несоблюдения данного условия Договор считается незаключенным.
13.3	Застрахованное лицо: а) подтверждает свое согласие на предоставление Страховщику любой информации государственными органами и службами, медицинскими и иными учреждениями, имеющими сведения об истории заболеваний Застрахованного лица, о физическом и психическом состоянии здоровья, об обстоятельствах и причинах (в том числе возможных причинах) наступления страхового случая, и разрешает Страховщику использовать эту информацию для решения вопросов, связанных со страхованием, в том числе для решения вопроса о страховой выплате при наступлении страхового случая. Настоящее согласие действительно в течение срока действия настоящего Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после прекращения настоящего Договора страхования по любым основаниям; б) подтверждает свое согласие с назначением Выгодоприобретателя(ей).
13.4	Страхователь и Застрахованное лицо подтверждают свое согласие Акционерному обществу ВТБ Страхование жизни, Банку ВТБ 24 (Публичное акционерное общество), Обществу с ограниченной ответственностью Страховая компания «ВТБ Страхование» (совместно именуемые далее по тексту «Операторы персональных данных») на обработку персональных данных Страхователя и Застрахованного лица (включая все действия, перечисленные в ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 года №152-ФЗ «О персональных данных»), указанных в Договоре и иных документах, используемых для их обработки в соответствии с законодательством Российской Федерации о персональных данных и с целью исполнения Акционерным обществом ВТБ Страхование жизни условий Договора и требований, установленных действующим законодательством, в том числе с целью исполнения требований Федерального закона от 28.06.2014 № 173-ФЗ «Об особенностях осуществления финансовых операций с иностранными гражданами и юридическими лицами...», кроме того в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, осуществления страховой выплаты, администрирования Договора, а также в целях информирования о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа. Операторы персональных данных имеют право осуществлять следующие действия (операции) с персональными данными Страхователя и Застрахованного лица (в том числе с данными специальной категории): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам, обезличивание, блокирование, уничтожение. Настоящее согласие действительно в течение срока действия Договора и в течение 5 (пяти) лет после прекращения настоящего Договора страхования по любым основаниям. Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме посредством направления уведомления в адрес соответствующего оператора персональных данных, согласие на обработку персональных данных которому отзывается.
13.5	Страхователь и Застрахованное лицо подтверждают свое согласие на трансграничную передачу персональных данных Страхователя и Застрахованного лица в целях осуществления перестрахования в следующие организации: Swiss Re Europe S.A., General Re Corporation, SCOR SE, Partner Reinsurance Europe SE.
13.6	Страхователь ознакомлен и согласен с условиями Дополнительных правил страхования жизни с участием в прибыли № 3 (мультивалютный продукт) (в редакции от _____) и Дополнительных условий №1, №2 к ним, а также, подписывая настоящий Договор, подтверждает их получение.
13.7	

Подпись Застрахованного лица: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись

фото

Подпись Страховщика: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись Страхователя: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись

фото

Генеральный директор АО ВТБ Страхование жизни: \_\_\_\_\_





13.8	<p>Страхователь и Застрахованное лицо подтверждают, что не являются налоговыми резидентами США и не обладают ни одним из признаков налогового резидента США (не имеют гражданства США (в том числе в случае наличия двух и более гражданств) и разрешения на постоянное пребывание в США (форма I-551 «Green Card»); не соответствуют критерию «Долгосрочного пребывания» на территории США; местом рождения Страхователя и местом рождения Застрахованного лица не является территория США; не имеют адреса проживания и/или почтового адреса, номера контактного телефона и/или факса на территории США; не имеют открытых счетов в кредитных организациях на территории США)</p> <p>(Физическое лицо соответствует критерию «Долгосрочного пребывания», если оно находилось на территории США не менее 31 дня в течение текущего календарного года и не менее 183 дней в течение 3 лет, включая текущий год и два непосредственно предшествующих года. При этом сумма дней, в течение которых физическое лицо присутствовало на территории США в текущем году, а также двух предшествующих годах, умножается на установленный коэффициент:</p> <p>коэффициент для текущего года равен 1 (т.е. учитываются все дни, проведенные в США в текущем году); коэффициент предшествующего года равен 1/3; коэффициент позапрошлого года 1/6.)</p>
------	--

Подпись Застрахованного лица: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись

ФИО

Подпись Страхователя: \_\_\_\_\_

Генеральный директор АО ВТБ Страхование жизни:

Подпись Страхователя: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись

ФИО



Полис страхования № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**Страховая программа "Максимум (мультивалютный)"**

Настоящий Полис выдан в подтверждение факта заключения договора страхования (далее – Договор) согласно Дополнительных правил страхования жизни с участием в прибыли №3 (в редакции от 01.12.2017 г.) Страховщика (далее - Правила) и Дополнительных условий (далее - ДУ) №1, №2 к ним, которые являются неотъемлемой частью настоящего Договора. На основании ст. 435, 438 и п.2 ст.940 ГК РФ Договор заключается путем акцепта Страхователем настоящего Полиса, подписанного Страховщиком и выданного Страхователю Страховщиком. Акцептом Страхователем настоящего Полиса считается уплата первого страхового взноса в соответствии с условиями, содержащимися в настоящем Полисе.

**1. Страховщик: Акционерное общество ВТБ Страхование жизни**

107078, г. Москва, ул. Миконская, д. 48, тел.: (495) 662-12-21, 8 (800) 550-12-21, www.vtbinslife.ru,  
р/счет 40701810100000003885 в ВТБ24 (ПАО), г.Москва, к/счет 30101810100000000716, БИК 044525716, ИНН 7707572767

**2. Страхователь / Застрахованное лицо (Страхователь является Застрахованным лицом):**

ФИО, дата рождения	Документ, удостоверяющий личность	Адрес	Контактные данные

**3. Срок страхования**

\_\_\_ лет, с 00 часов 00 минут 00 секунд \_\_\_.\_\_.20\_\_\_ по 23 часа 59 минут 59 секунд \_\_\_.\_\_.20\_\_\_

**4. Страховые риски**

Страховая сумма, руб.

4.1 Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования

4.2 Смерть Застрахованного лица по любой причине

4.3 Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая

**5. Страховая премия**

Размер страховой премии, руб.: \_\_\_\_\_ Страховая премия уплачивается одновременно не позднее:

**6. Стратегия инвестирования**

Базовый актив	
Валюта инвестирования	
Коэффициент участия (%)	
Коэффициент защиты капитала (в % от страховой премии по Договору страхования)	
Порог автофиксации (в % от страховой премии по Договору страхования)	
Дата начала расчетного периода	

**7. Выкупные суммы**

Год страхования	Начало	Окончание	Выкупная сумма, руб
1			
2			
3			

**8. Выгодоприобретатели**

Выгодоприобретатель	Доля в страховой выплате		
	по п.5.1	по п.5.2	по п.5.3

**9. Личный кабинет клиента**

Адрес электронной почты

Настоящим Страхователь (Застрахованное лицо) дает свое согласие на использование адреса электронной почты, указанного в настоящем разделе, с целью подключения услуги «Личный кабинет».

Данное согласие действует до даты прекращения Договора страхования и может быть отозвано путем подачи соответствующего письменного уведомления, подписанного в присутствии уполномоченного представителя Страховщика, или путем передачи Страховщику отзыва настоящего согласия, подпись Страхователя (Застрахованного лица) на котором удостоверена нотариально.

Страхователь (Застрахованное лицо) обязуется незамедлительно уведомлять Страховщика о случаях несанкционированного использования зарегистрированных за Страхователем (Застрахованным лицом) адреса электронной почты и пароля, не передавать пароль третьим лицам или использовать адреса электронной почты и пароли третьих лиц. Страхователь (Застрахованное лицо) подтверждает, что осознает полную ответственность за сохранность информации о подключении услуги «Личный кабинет» (включая информацию об адресе электронной почты и пароле) и за все действия, которые будут произведены в Личном кабинете с использованием указанного выше адреса электронной почты и пароля к нему.

Страхователь (Застрахованное лицо) понимает, что информация, предоставленная в рамках услуги «Личный кабинет», носит информационно-справочный характер (не является публичной офертой), Страховщик не несет ответственность в случае возможного искажения информации в результате технических сбоев, действия несанкционированных (вредоносных) программ (вирусов), а также не несет ответственность за ущерб, который может быть причинен имуществу Страхователя (Застрахованного лица) (иному лицу) в результате таких событий.

Подпись Страховщика:

Пушкарев Максим Сергеевич

Генеральный директор АО ВТБ Страхование жизни

<b>10. Оплачивая в полном объеме страховую премию по Договору Страхователь (Застрахованное лицо) подтверждает:</b>	
10.1	свое согласие с назначением Выгодоприобретателя(ей).
10.2	свое согласие на предоставление Страховщику любой информации государственными органами и службами, медицинскими и иными учреждениями, имеющими сведения об истории заболеваний Страхователя (Застрахованного лица), о физическом и психическом состоянии здоровья, об обстоятельствах и причинах (в том числе возможных причинах) наступления страхового случая, и разрешает Страховщику использовать эту информацию для решения вопросов, связанных со страхованием, в том числе для решения вопроса о страховой выплате при наступлении страхового случая.
10.3	свое согласие Акционерному обществу ВТБ Страхование жизни, Банку ВТБ 24 (публичное акционерное общество), Обществу с ограниченной ответственностью Страховая компания «ВТБ Страхование» (совместно именуемые далее по тексту «Операторы персональных данных») на обработку (в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), включая трансграничную передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) своих персональных данных, указанных в Полисе и иных документах, используемых для их обработки в соответствии с законодательством Российской Федерации о персональных данных. Такое согласие дается: - на обработку персональных данных любым способом, в том числе как с использованием средств автоматизации (включая программное обеспечение), так и без использования средств автоматизации (с использованием различных материальных носителей, включая бумажные носители); - в отношении любой информации, относящейся к Страхователю (Застрахованному лицу), полученной как от него лично, так и от третьих лиц, в том числе на обработку специальных категорий персональных данных, в частности данных, касающихся состояния его здоровья и данных составляющих врачебную тайну; - для цели исполнения условий Договора и требований, установленных действующим законодательством, в том числе с целью исполнения требований Федерального закона от 07.08.2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и Федерального закона от 28.06.2014 г. № 173-ФЗ «Об особенностях осуществления финансовых операций с иностранными гражданами и юридическими лицами...», в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, осуществления страховой выплаты, администрирования Договора, а также в целях информирования о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа; - на срок действия Полиса и в течение 5 (пяти) лет после прекращения действия Договора, при этом Страхователь (Застрахованное лицо) понимает, что он может отозвать свое согласие посредством направления в адрес соответствующего оператора персональных данных уведомления в письменной форме.
10.4	свое согласие на получение от Страховщика сообщений по сети подвижной радиотелефонной связи (далее – SMS-сообщения) а так же посредством направления электронного письма по электронной почте с целью информирования об исполнении обязательств по Договору, проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, осуществления страховой выплаты, администрирования Договора, а также в целях информирования о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа. При этом Страхователь (Застрахованное лицо) понимает, что полученные от Страховщика SMS-сообщения на указанный в п.2 Полиса номер мобильного телефона а также электронные письма на указанный в п.2 Полиса электронный адрес являются юридически значимыми, создающими для Страховщика и Страхователя (Застрахованного лица) права и обязанности.
10.5	свое согласие на трансграничную передачу персональных данных Страхователя (Застрахованного лица) в целях осуществления Страховщиком перестрахования в следующие организации: Swiss Re Europe S.A., General Re Corporation, SCOR SE, Partner Reinsurance Europe SE.
10.6	что Страхователь (Застрахованное лицо) Дополнительные правила страхования жизни с участием в прибыли №3 (в редакции от 01.12.2017 г.) Страховщика (далее - Правила) и Дополнительные условия (далее - ДУ) №1, №2 и ним получил, ознакомился и согласен с их условиями.
10.7	Страхователь (Застрахованное лицо) подтверждает, что не является налоговым резидентом США и не обладает ни одним из признаков налогового резидента США (не имеет гражданства США (в том числе в случае наличия двух и более гражданств) и разрешения на постоянное пребывание в США (форма I-551 «Green Card»); не соответствует критерию «Долгосрочного пребывания» на территории США; местом рождения Страхователя (Застрахованного лица) не является территория США; не имеет адреса проживания и/или почтового адреса, номера контактного телефона и/или факса на территории США; не имеет открытых счетов в кредитных организациях на территории США) (Физическое лицо соответствует критерию «Долгосрочного пребывания», если оно находилось на территории США не менее 31 дня в течение текущего календарного года и не менее 183 дней в течение 3 лет, включая текущий год и два непосредственно предшествующих года. При этом сумма дней, в течение которых физическое лицо присутствовало на территории США в текущем году, а также двух предшествующих годах, умножается на установленный коэффициент: - коэффициент для текущего года равен 1 (т.е. учитываются все дни, проведенные в США в текущем году); - коэффициент предшествующего года равен 1/3; - коэффициент позапрошлого года 1/6.)
10.8	что Страхователь (Застрахованное лицо) не является: иностранном публичным должностным лицом (любым назначаемым или избираемым лицом, занимающим какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любым лицом, выполняющим какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия); должностным лицом публичной международной организации (международным гражданским служащим или любым лицом, которое уполномочено такой организацией действовать от ее имени); публичным должностным лицом, замещающим(замещающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемых Президентом Российской Федерации; супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, дедушкой, бабушкой или внуком), полнородными или неполнородными (имеющим общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным) такого лица.
10.9	достоверность и полноту представленных при заключении Договора сведений.
10.10	что Страхователь (Застрахованное лицо) и Страховщик пришли к соглашению об использовании Страховщиком факсимильного воспроизведения отпечатка печати и подписи, которое признается сторонами аналогом оригинального отпечатка и собственноручной подписи Страховщика. Договор считается заключенным только при наличии на настоящем Полисе подлинной или факсимильной подписи и оригинального или факсимильного отпечатка печати Страховщика, а в случае несоблюдения данного условия Договор считается незаключенным.
10.11	что Страхователь (Застрахованное лицо) обязуется предоставлять достоверные сведения и документы о себе, выгодоприобретателях и бенефициарном владельце (при наличии), а также не реже одного раза в год подтверждать или обновлять идентификационные данные, представленные при заключении Договора, предоставляя оригиналы документов или надлежащим образом заверенные их копии.

Подпись Страховщика:

Пушкарев Максим Сергеевич

Генеральный директор АО ВТБ Страхование жизни

<b>11. Прочие условия и оговорки</b>	
11.1	В случае если Страхователь (Застрахованное лицо), заинтересованный в заключении Договора, не согласен с какими-либо сведениями, из указанных в п.6 и п.7 настоящего Полиса, ему надлежит уведомить об этом Страховщика, который на основании полученного уведомления выпустит Договор страхования с учетом
11.2	[ДИСКЛЕЙМЕР ПО СТРАТЕГИИ]

Подпись Страховщика:

Пушкареев Максим Сергеевич

Генеральный директор АО ВТБ Страхование жизни







Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ	Серия (при наличии) _____ № _____ Дата начала права на пребывания (проживание) в РФ □□.□□.□□□□ Дата окончания срока права на пребывания (проживание) в РФ □□.□□.□□□□	
ИНН (при наличии)		
Страна налогового резидентства	<input type="checkbox"/> Российская Федерация (являюсь налоговым резидентом Российской Федерации, находясь на территории Российской Федерации не менее 183 дней в календарном году) <input type="checkbox"/> иное _____ (указать государство)	
<b>Прошу заменить Застрахованное лицо по договору страхования на указанное ниже:</b>		
<b>ИМЯ</b>	<b>ОТЧЕСТВО</b>	<b>ФАМИЛИЯ</b>
Место рождения	_____ (страна, край/область, населенный пункт)	Дата рождения □□.□□.□□□□
Адрес регистрации	_____ (индекс, страна, край/область, населенный пункт) _____ (улица, дом, корпус, квартира)	
Адрес фактического места проживания (почтовый) (если не совпадает с адресом регистрации)	_____ (индекс, страна, край/область, населенный пункт) _____ (улица, дом, корпус, квартира)	
Контактные данные	Телефон (□□□)□□□□□□□□	Email: _____
Документ, удостоверяющий личность (представить документ)	_____ (вид документа) Серия □□□□ № □□□□□□□□ дата □□.□□.□□□□ Выдан _____ (наименование выдавшего органа, код подразделения)	
Гражданство	<input type="checkbox"/> Российская Федерация <input type="checkbox"/> иное _____ (указать гражданство) <input type="checkbox"/> отсутствует	
Миграционная карта для иностранных граждан / лиц без гражданства	№ _____ Дата начала пребывания в РФ □□.□□.□□□□ Дата окончания срока пребывания в РФ □□.□□.□□□□	
Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на	Серия (при наличии) _____ № _____ Дата начала права на пребывания (проживание) в РФ □□.□□.□□□□ Дата окончания срока права на пребывания (проживание) в РФ □□.□□.□□□□	

пребывание (проживание) в РФ	
ИНН (при наличии)	
Страна налогового резидентства	<input type="checkbox"/> Российская Федерация (являюсь налоговым резидентом Российской Федерации, находясь на территории Российской Федерации не менее 183 дней в календарном году) <input type="checkbox"/> иное _____ (указать государство)

Оформленное на основании данного заявления Письмо-акцепт прошу:

направить посредством Почты России по адресу:

вручить мне в офисе АО ВТБ Страхование жизни по адресу: ул. Мясницкая, д. 48, г. Москва

О готовности Письма - акцепта прошу проинформировать меня:

- по телефону: \_\_\_\_\_
- посредством SMS-уведомления на номер: \_\_\_\_\_
- по электронной почте: \_\_\_\_\_

Обращаем ваше внимание:

- В отношении вновь назначаемого Застрахованного лица обязательно заполнение Анкеты Застрахованного лица по форме Страховщика (Приложение №1). При отсутствии заполненной Анкеты Застрахованного лица в отношении вновь назначаемого Застрахованного лица данное Заявление считается недействительным и исполнению Страховщиком не подлежит.
- В отношении вновь назначаемого Застрахованного лица обязательно заполнение Формы самосертификации для физических лиц и индивидуальных предпринимателей в целях FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) по форме Страховщика (Приложение №2). При отсутствии заполненной Формы самосертификации для физических лиц и индивидуальных предпринимателей в целях FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) в отношении вновь назначаемого Застрахованного лица данное Заявление считается недействительным и исполнению Страховщиком не подлежит.
- В некоторых случаях Застрахованному лицу по требованию Страховщика необходимо предоставить дополнительную информацию о себе, а также пройти медицинское освидетельствование.
- Изменения по договору могут быть акцептованы Страховщиком и вступают в силу с даты направления Страховщиком Письма-акцепта.

ФИО и подпись Страхователя:

Дата	«__» _____ г.	Страхователь	_____ / _____ / (подпись) (ФИО)
------	---------------	--------------	------------------------------------

ФИО и подпись нового Застрахованного:

Дата	«__» _____ г.	Новое Застрахованное лицо	_____ / _____ / (подпись) (ФИО)
------	---------------	---------------------------	------------------------------------

Настоящим подтверждается, что АО ВТБ Страхование жизни приняло «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. от Страхователя \_\_\_\_\_ о смене Застрахованного лица

по Договору страхования № \_\_\_\_\_ (ФИО) от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(ФИО и должность, сотрудника АО ВТБ Страхование жизни)

(подпись)

к Заявлению от «\_\_\_» \_\_\_\_\_  
о смене Застрахованного лица по Договору страхования

**Анкета Застрахованного лица**  
Заполняется новым Застрахованным лицом

ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ОТЧЕСТВО
Место рождения:	_____ (страна, край/область, населенный пункт)	Дата рождения □□.□□.□□□□
Адрес регистрации	_____ (индекс, страна, край/область, населенный пункт) _____ (улица, дом, корпус, квартира)	
Адрес фактического места проживания (почтовый) Выгодоприобретателя (если не совпадает с адресом регистрации)	_____ (индекс, страна, край/область, населенный пункт) _____ (улица, дом, корпус, квартира)	
Документ, удостоверяющий личность: (представить документ)	_____ (вид документа) Серия □□□□ № □□□□□□□□ дата □□.□□.□□□□ Выдан _____ (наименование выдавшего органа, код подразделения)	
Гражданство	<input type="checkbox"/> Российская Федерация <input type="checkbox"/> иное _____ (указать гражданство) <input type="checkbox"/> нет	
Миграционная карта для иностранных граждан / лиц без гражданства	№ _____ Дата начала пребывания в РФ □□.□□.□□□□ Дата окончания срока пребывания в РФ □□.□□.□□□□	
Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ	Серия (при наличии) _____ № _____ Дата начала права на пребывания (проживание) в РФ □□.□□.□□□□ Дата окончания срока права на пребывания (проживание) в РФ □□.□□.□□□□	
ИНН (при наличии)		
СНИЛС (при наличии)		
Страна налогового резидентства	<input type="checkbox"/> Российская Федерация (являюсь налоговым резидентом Российской Федерации, находясь на территории Российской Федерации не менее 183 дней в календарном году) <input type="checkbox"/> иное _____ (указать иностранную юрисдикцию)	
Сведения о принадлежности (регистрация, место жительства, место нахождения),	Исламская республика Иран <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да Корейская Народно-Демократическая Республика <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да	



наличие счета в банке)		
Наличие счетов в кредитных организациях иностранных государств	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да _____ (указать название государства)	

Настоящим я,

<b>ФАМИЛИЯ</b>	<b>ИМЯ</b>	<b>ОТЧЕСТВО</b>

подтверждаю  не подтверждаю

1) что:

а) у меня нет действующего направления на медицинское обследование по состоянию здоровья;

б) не состою на учете в наркологическом, психоневрологическом, туберкулезном, кожно-венерологическом диспансере;

в) не страдаю онкологическими заболеваниями, заболеваниями, вызванными воздействием радиации, СПИДом и другими заболеваниями, связанными с вирусом иммунодефицита человека;

г) не являюсь инвалидом и не имею оснований для присвоения группы инвалидности;

д) не проходил лечения и не страдаю в настоящее время и в течение последних 5 лет заболеваниями сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертензия, порок сердца, нарушение ритма, инсульт), какими-либо заболеваниями легких (за исключением острых респираторных заболеваний), головного мозга, печени, желудочно-кишечного тракта (за исключением острых пищевых отравлений, гастрита), почек, эндокринной системы, сахарным диабетом, психическими расстройствами, параличом, заболеваниями костно-мышечной системы, заболеваниями крови (за исключением железодефицитной анемии легкой степени);

е) на протяжении последних 12 месяцев я ни разу не был госпитализирован и не подвергался хирургическим вмешательствам;

ж) в настоящее время не прохожу службу в вооруженных силах, не работаю со взрывчатыми или радиоактивными веществами, не занят(-а) на подземных работах, не являюсь водолазом, пожарным, работником ядерной промышленности, нефтяником или охранником;

з) не являюсь пилотом, машинистом, водителем или членом экипажа на воздушном и/или железнодорожном транспорте; не занимаюсь авиацией в качестве хобби;

и) не занимаюсь опасными видами спорта, такими как: бокс, боевые искусства, альпинизм, автогонки, мотокросс, скалолазание, парашютный спорт и прочие воздушные виды спорта, дайвинг (глубже 30 метров или в одиночку), горнолыжные виды спорта (за исключением любительского катания на подготовленных горных склонах);

к) не занимаюсь какими-либо видами спорта на профессиональной основе (за исключением интеллектуальных видов спорта);

л) не участвую в соревнованиях или попытках установления рекорда и не намереваюсь путешествовать в горячие точки планеты.

2) достоверность всех сведений, указанных в настоящей Декларации Застрахованного лица. Мне известно, что если какое-либо сведение будет заведомо ложным Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и возмещения понесенных им убытков, при этом страховые выплаты по Договору страхования не осуществляются.

Дата	«__» _____ г.	Подпись: _____ / _____ /
------	---------------	--------------------------

Настоящим я,

<b>ФАМИЛИЯ</b>	<b>ИМЯ</b>	<b>ОТЧЕСТВО</b>

подтверждаю свое согласие Акционерному обществу ВТБ Страхование жизни, Банку ВТБ 24 (Публичное акционерное общество), Обществу с ограниченной ответственностью Страховая компания «ВТБ Страхование» (совместно именуемые далее по тексту «Операторы персональных данных») на обработку моих персональных данных (включая все действия, перечисленные в ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»), указанных в Договоре и иных документах, используемых для их обработки в соответствии с законодательством Российской Федерации о персональных данных и с целью исполнения Акционерным обществом ВТБ Страхование жизни условий Договора и требований, установленных действующим законодательством, в том числе с целью исполнения требований Федерального закона от 28.06.2014 № 173-ФЗ «Об особенностях осуществления финансовых операций с иностранными гражданами и юридическими лицами...», кроме того в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, осуществления страховой выплаты, администрирования Договора, а также в целях информирования о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа. Операторы персональных данных имеют право осуществлять следующие действия (операции) с моими персональными данными (в том числе с данными специальной категории): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам, обезличивание, блокирование, уничтожение. Настоящее согласие действительно в течение срока действия Договора и в течение 5 (пяти) лет после исполнения Договора. Настоящее





к Заявлению от «\_\_\_» \_\_\_\_\_  
о смене Застрахованного лица по Договору страхования

Заполняется новым Застрахованным лицом

Форма самосертификации для физических лиц и индивидуальных предпринимателей в целях FATCA<sup>1</sup> (Foreign Account Tax Compliance Act)<sup>2,3</sup>

1	Фамилия, имя и (если имеется) отчество	
2	Являетесь ли Вы гражданином США (в том числе в случае наличия двух и более гражданств)? <i>Если ответ «Да», перейдите к пункту 9</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3	Имеете ли Вы разрешение на постоянное пребывание в США (карточка постоянного жителя (форма I 551 «Green Card»))? <i>Если ответ «Да», перейдите к пункту 9</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4	Соответствуете ли Вы критерию «Долгосрочного пребывания» на территории США, смотрите Приложение. <i>Если ответ «Да», перейдите к пункту 9</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5	Является ли местом Вашего рождения территория США и Вы отказались от гражданства США? <i>Если ответ «Да», предоставьте копию свидетельства, подтверждающего отказ от гражданства (Certificate of Loss of Nationality)</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6	Есть ли у Вас адрес проживания и/или почтовый адрес в США?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7	Есть ли у Вас номер контактного телефона и/или факса на территории США?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8	Есть ли у Вас открытые счета в кредитных организациях на территории США?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
<i>Если ответ на вопрос 6 - 8 «Нет», перейдите к пункту 9</i>		
<i>Если ответ на вопрос 6 и/или 7 и/или 8 «Да», перейдите к пункту 9</i>		

<sup>1</sup> «FATCA» – (Foreign Account Tax Compliance Act) – Закон США «О налогообложении иностранных счетов».

<sup>2</sup> Данная форма предназначена для идентификации физического лица для целей FATCA и составлена в соответствии с §1.1471-3(c)(6)(v) U.S. Treasury Regulations (Инструкции Казначейства США). АО ВТБ Страхование жизни оставляет за собой право запросить дополнительную информацию по форме W-9/W-8 BEN, утвержденной IRS или по форме АО ВТБ Страхование жизни.

<sup>3</sup> Лицо, являющееся выгодоприобретателем по страховому риску «Дожитие» на основании Договора страхования (далее по тексту «Выгодоприобретатель»), заключенного Страхователем с АО ВТБ Страхование жизни в рамках осуществления последним страховой деятельности согласно с тем, что конфиденциальная информация о нем и Договоре страхования, Выгодоприобретателем по которому он является, включая операции по оплате страховой премии, страховых выплат, а также информация, содержащаяся в находящихся у Страховщика анкетах, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, применимым правом, а также в соответствии с Законом США «О налогообложении иностранных счетов» (Foreign Account Tax Compliance Act, далее – FATCA) будет передаваться уполномоченному органу/лицу по FATCA без дополнительного согласия Выгодоприобретателя. Выгодоприобретатель несет ответственность за достоверность предоставляемой в АО ВТБ Страхование жизни информации.

Подтвердите, что Вы являетесь налоговым резидентом США (смотрите Приложение):

нет, я не являюсь налоговым резидентом США

да, я являюсь налоговым резидентом США

Если «Да», то укажите следующую информацию:

1. SSN/ITIN<sup>4</sup>

SSN

ITIN

2. Фамилию, имя и (если имеется) отчество на английском языке в соответствии с документами, удостоверяющими личность, выданными официальными органами США

10. Подтверждение и подпись:

Я подтверждаю, что информация, указанная в настоящей форме, является достоверной.

Я понимаю, что я несу ответственность за предоставление ложных и заведомо недостоверных сведений о себе в соответствии с применимым законодательством.

Я понимаю, что в случае предоставления мной недостоверных или неполных сведений АО ВТБ Страхование жизни может понести убытки и понимаю, что АО ВТБ Страхование жизни может взыскать с меня компенсацию данных убытков.

В случае изменения идентификационных сведений, представленных в рамках данной формы, я предоставляю обновленную информацию АО ВТБ Страхование жизни не позднее 30 дней с момента изменения сведений.

В случае утвердительного ответа на вопросы 2, 3, 4 и/или 9 я даю согласие АО ВТБ Страхование жизни на предоставление АО ВТБ Страхование жизни Налоговой Службе США данных обо мне, необходимых для заполнения установленных Налоговой Службой США форм отчетности.

Подпись

Дата

ДД	ММ	ГГГГ
----	----	------

<sup>4</sup> «SSN» - (Social Security Number) – Номер социального страхования гражданина США. Если Вам не присвоен номер социального страхования, пожалуйста, укажите «ITIN» - (Individual Taxpayer Identification Number) - Индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика США.





<input type="checkbox"/> у Выгодоприобретателя				
<b>ИМЯ</b>	<b>ОТЧЕСТВО</b>	<b>ФАМИЛИЯ</b>		
Основания изменений (В случае изменения имени, и/или отчества, и/или фамилии)				
Прошу изменить на: (В случае изменения имени, и/или отчества, и/или фамилии)				
<b>Реквизиты:</b>	<input type="checkbox"/> Гражданство	<input type="checkbox"/> Заменить	<input type="checkbox"/> Добавить	
	<input type="checkbox"/> Адрес регистрации	<input type="checkbox"/> Заменить	<input type="checkbox"/> Добавить	
	<input type="checkbox"/> Адрес фактического места проживания (почтовый)	<input type="checkbox"/> Заменить	<input type="checkbox"/> Добавить	
	<input type="checkbox"/> Дата рождения*	<input type="checkbox"/> Заменить	-	
	<input type="checkbox"/> Документ, удостоверяющий личность	<input type="checkbox"/> Заменить	<input type="checkbox"/> Добавить	
	<input type="checkbox"/> Иной документ			
	Предоставить измененные документы			
	<input type="checkbox"/> Телефон (моб.)	<input type="checkbox"/> Заменить	<input type="checkbox"/> Добавить	<input type="checkbox"/> Удалить
	<input type="checkbox"/> Телефон (дом.)	<input type="checkbox"/> Заменить	<input type="checkbox"/> Добавить	<input type="checkbox"/> Удалить
	<input type="checkbox"/> Телефон (раб.)	<input type="checkbox"/> Заменить	<input type="checkbox"/> Добавить	<input type="checkbox"/> Удалить
	<input type="checkbox"/> Адрес электронной почты	<input type="checkbox"/> Заменить	<input type="checkbox"/> Добавить	<input type="checkbox"/> Удалить
	<input type="checkbox"/> Страна налогового резидентства	<input type="checkbox"/> Заменить	<input type="checkbox"/> Добавить	
	Предоставить соответствующие налоговые формы, утвержденные в иностранной юрисдикции			
	<input type="checkbox"/> ИНН	<input type="checkbox"/> Заменить	<input type="checkbox"/> Добавить	
	<input type="checkbox"/> СНИЛС	<input type="checkbox"/> Заменить	<input type="checkbox"/> Добавить	
	<input type="checkbox"/> Иное			
Сведения о принадлежности (регистрация, место жительства, место	Исламская республика Иран <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да			
	Корейская Народно-Демократическая Республика <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да			

<b>нахождения, наличие счета в банке)</b>	
---	--

<b>Дополнительные сведения о Страхователе</b>	<p>- иностранным публичным должностным лицом (лицо, которому доверены или были доверены значительные публичные функции другой страной, например, главы государств или правительств, видные политики, старшие правительственные, судебные или военные сотрудники, старшие руководители государственных корпораций, видные деятели политических партий), его супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, дедушкой, бабушкой или внуком), полнородными или неполнородными (имеющим общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным):  <input type="checkbox"/> не является <input type="checkbox"/> является _____  <small>(указать, кем из вышеперечисленных лиц является)</small></p> <p>- должностным лицом публичных международных организаций (лицо, являющееся международным гражданским служащим или любым лицом, которое уполномочено такой организацией действовать от ее имени):  <input type="checkbox"/> не является <input type="checkbox"/> является _____  <small>(указать, кем из вышеперечисленных лиц является)</small></p> <p>- лицом, замещающим (занимающим) государственную должность Российской Федерации, должность члена Совета директоров Центрального Банка Российской Федерации, должность федеральной государственной службы, назначение/ освобождение от которой осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должность в Центральном Банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации:  <input type="checkbox"/> не является <input type="checkbox"/> является _____  <small>(указать, кем из вышеперечисленных лиц является)</small></p>
---	--

**О внесении изменений в договор прошу проинформировать меня:**

по телефону: \_\_\_\_\_

посредством SMS-уведомления на номер: \_\_\_\_\_

по электронной почте: \_\_\_\_\_

**Обращаем ваше внимание:**

\* при внесении изменений в дату рождения Застрахованного по решению Страховщика может быть выпущено Дополнительное соглашение.

В случае не поступления Страховщику подписанного со стороны Страхователя Дополнительного соглашения в указанный в Дополнительном соглашении срок, изменения аннулируются и договор страхования продолжает свое действие на прежних условиях.

**Оформленное на основании данного заявления Дополнительное соглашение прошу:**

направить посредством Почты России по адресу, указанному в настоящем заявлении.

вручить мне в офисе АО ВТБ Страхование жизни по адресу: г. Москва, Чистопрудный бульвар, д.8, стр.1.

**О вступлении в силу дополнительного соглашения (с даты поступления подписанного с моей стороны дополнительного соглашения Страховщику) прошу проинформировать меня:**

по телефону: \_\_\_\_\_

посредством SMS-уведомления на номер: \_\_\_\_\_

по электронной почте: \_\_\_\_\_

**ФИО и подпись Страхователя:**

<b>Дата</b>	« ____ » _____ г.	<b>Страхователь:</b>	_____ / _____ <small>(подпись) (ФИО)</small>
-------------	-------------------	----------------------	---

Настоящим подтверждается, что АО ВТБ Страхование жизни приняло « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. от Страхователя \_\_\_\_\_ Заявление о внесении изменений (ФИО) персональных данных в Договоре страхования № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(ФИО и должность, сотрудника АО ВТБ Страхование жизни)

\_\_\_\_\_  
(подпись)





Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ	Серия (при наличии) _____ № _____  Дата начала права на пребывания (проживание) в РФ □□.□□.□□□□ Дата окончания срока права на пребывания (проживание) в РФ □□.□□.□□□□	
ИНН (при наличии)		
Страна налогового резидентства	<input type="checkbox"/> Российская Федерация (являюсь налоговым резидентом Российской Федерации, находясь на территории Российской Федерации не менее 183 дней в календарном году) <input type="checkbox"/> иное _____ (указать государство)	
<b>Прошу:</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Изменить страховые суммы по договору страхования</b>		
<b>изменить на:</b>	<b>5. Страховые риски</b>	<b>Страховая сумма, руб.</b>
	5.1 Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования	
	5.2 Смерть Застрахованного лица по любой причине	
	5.3 Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая	
<input type="checkbox"/> <b>Изменить декларацию Застрахованного лица по договору страхования</b>		
<b>изменить на:</b>	<p>9. Декларация Застрахованного лица          Настоящим я, _____ <input type="checkbox"/> подтверждаю <input type="checkbox"/> не подтверждаю          1) что:          а) у меня нет действующего направления на медицинское обследование по состоянию здоровья;          б) не состою на учете в наркологическом, психоневрологическом, туберкулезном, кожно-венерологическом диспансере;          в) не страдаю онкологическими заболеваниями, заболеваниями, вызванными воздействием радиации, СПИДом и другими заболеваниями, связанными с вирусом иммунодефицита человека;          г) не являюсь инвалидом и не имею оснований для присвоения группы инвалидности;          д) не проходил лечения и не страдаю в настоящее время и в течение последних 5 лет заболеваниями сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертензия, порок сердца, нарушение ритма, инсульт), какими-либо заболеваниями легких (за исключением острых респираторных заболеваний), головного мозга, печени, желудочно-кишечного тракта (за исключением острых пищевых отравлений, гастрита), почек, эндокринной системы, сахарным диабетом, психическими расстройствами, параличом, заболеваниями костно-мышечной системы, заболеваниями крови (за исключением железодефицитной анемии легкой степени);          е) на протяжении последних 12 месяцев я ни разу не был госпитализирован и не подвергался хирургическим вмешательствам;          ж) в настоящее время не прохожу службу в вооруженных силах, не работаю со взрывчатыми или радиоактивными веществами, не занят(-а) на подземных работах, не являюсь водолазом, пожарным, работником ядерной промышленности, нефтяником или охранником;          з) не являюсь пилотом, машинистом, водителем или членом экипажа на воздушном и/или железнодорожном транспорте; не занимаюсь авиацией в качестве хобби;          и) не занимаюсь опасными видами спорта, такими как: бокс, боевые искусства, альпинизм, автогонки, мотокросс, скалолазание, парашютный спорт и прочие воздушные виды спорта, дайвинг (глубже 30 метров или в одиночку), горнолыжные виды спорта (за исключением любительского катания на подготовленных горных склонах);          к) не занимаюсь какими-либо видами спорта на профессиональной основе (за исключением интеллектуальных видов спорта);          л) не участвую в соревнованиях или попытках установления рекорда и не намереваюсь путешествовать в горячие точки планеты.          2) достоверность всех сведений, указанных в настоящей Декларации Застрахованного лица. Мне известно, что если какое-либо сведение будет заведомо ложным Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и возмещения понесенных им убытков, при этом страховые выплаты по Договору страхования не осуществляются.</p>	
<b>Оформленное на основании данного заявления Дополнительное соглашение прошу:</b> <input type="checkbox"/> направить посредством Почты России по адресу, указанному в настоящем заявлении.		



вручить мне в офисе АО ВТБ Страхование жизни по адресу: г. Москва, ул. Мясницкая, д. 48.

**О внесении изменений прошу проинформировать меня:**

- по телефону: \_\_\_\_\_  
 посредством SMS-уведомления на номер: \_\_\_\_\_  
 по электронной почте: \_\_\_\_\_

**Обращаем ваше внимание:**

В случае не поступления Страховщику подписанного со стороны Страхователя Дополнительного соглашения до даты, указанной в дополнительном соглашении, изменения аннулируются и договор страхования продолжает свое действие на прежних условиях.

**ФИО и подпись Страхователя и Застрахованное лицо\***

Дата	«__» _____ г.	Страхователь:	_____ / _____ (подпись) (ФИО)
Дата	«__» _____ г.	Застрахованное лицо (*заполняется если Страхователь и Застрахованный разные лица)	_____ / _____ (подпись) (ФИО)

Настоящим подтверждается, что АО ВТБ Страхование жизни приняло «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. от Страхователя \_\_\_\_\_ (ФИО) Заявление об изменении страховых сумм / декларации

Застрахованного лица по Договору страхования № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(ФИО и должность сотрудника АО ВТБ Страхование жизни)

\_\_\_\_\_  
(подпись)



пребывание (проживание) в РФ	
ИНН (при наличии)	
Страна налогового резидентства	<input type="checkbox"/> Российская Федерация (являюсь налоговым резидентом Российской Федерации, находясь на территории Российской Федерации не менее 183 дней в календарном году) <input type="checkbox"/> иное _____ (указать государство)
<input type="checkbox"/>	Изменить список Выгодоприобретателей по риску «Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования».
<input type="checkbox"/>	Изменить список Выгодоприобретателей по рискам «Смерть Застрахованного лица по любой причине», «Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая»

В случае замены Выгодоприобретателя по риску «Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования» в отношении вновь назначаемого Выгодоприобретателя обязательное заполнение Формы самосертификации для физических лиц и индивидуальных предпринимателей в целях FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) по форме Страховщика. При отсутствии заполненной Формы самосертификации для физических лиц и индивидуальных предпринимателей в целях FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) в отношении Выгодоприобретателя по риску «Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования» данное Заявление считается недействительным и исполнению Страховщиком не подлежит.

ИМЯ	ОТЧЕСТВО	ФАМИЛИЯ
Доля / Процент выплаты □□□ %	Дата рождения □□.□□.□□□□	Степень родства
Место рождения:	_____ (страна, край/область, населенный пункт)	
Адрес регистрации	_____ (индекс, страна, край/область, населенный пункт) _____ (улица, дом, корпус, квартира)	
Адрес фактического места проживания (почтовый)	_____ (индекс, страна, край/область, населенный пункт) _____ (улица, дом, корпус, квартира)	
Документ, удостоверяющий личность: (представить документ)	_____ (вид документа) Серия □□□□ № □□□□□□□□ дата □□.□□.□□□□ Выдан _____ (наименование выдавшего органа, код подразделения)	
Гражданство	<input type="checkbox"/> Российская Федерация <input type="checkbox"/> иное _____ (указать гражданство) <input type="checkbox"/> отсутствует	
Миграционная карта для иностранных граждан / лиц без гражданства	№ _____ Дата начала пребывания в РФ □□.□□.□□□□ Дата окончания срока пребывания в РФ □□.□□.□□□□	
Документ, подтверждающий право иностранного	Серия (при наличии) _____ № _____ Дата начала права на пребывания (проживание) в РФ □□.□□.□□□□	

гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ	Дата окончания срока права на пребывания (проживание) в РФ □□.□□.□□□□
ИНН (при наличии)	
СНИЛС (при наличии)	
Наличие счетов в кредитных организациях иностранных государств	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да _____ (указать название государства)
Сведения о принадлежности (регистрация, место жительства, место нахождения, наличие счета в банке)	Исламская республика Иран <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да Корейская Народно-Демократическая Республика <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да

Заполненную выгодоприобретателем по риску «Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования» форму самосертификации прилагаю.

О внесении изменений прошу проинформировать меня:  
 по телефону: \_\_\_\_\_  
 посредством SMS-уведомления на номер: \_\_\_\_\_  
 по электронной почте: \_\_\_\_\_  
**Обращаем ваше внимание:**  
 Изменения по договору могут быть акцептованы Страховщиком и вступают в силу на следующий день после получения Страховщиком данного Заявления.

**ФИО и подпись Страхователя и Застрахованного\*:**

Дата	«__» _____ г.	Страхователь:	_____ / _____ / (Подпись) (ФИО)
Дата	«__» _____ г.	Застрахованный (*заполняется если Страхователь и Застрахованный разные лица)	_____ / _____ / (Подпись) (ФИО)

Настоящим подтверждается, что АО ВТБ Страхование жизни приняло «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. от Страхователя \_\_\_\_\_ (ФИО) Заявление о смене Выгодоприобретателя по Договору страхования № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(ФИО и должность сотрудника АО ВТБ Страхование жизни)

(подпись)



**Заполняется новым Выгодоприобретателем по риску**  
**«Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования»**

**Форма самосертификации для физических лиц и индивидуальных предпринимателей в целях FATCA<sup>1</sup> (Foreign Account Tax Compliance Act)<sup>2,3</sup>**

1	Фамилия, имя и (если имеется) отчество	
2	Являетесь ли Вы гражданином США (в том числе в случае наличия двух и более гражданств)? <i>Если ответ «Да», перейдите к пункту 9</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3	Имеете ли Вы разрешение на постоянное пребывание в США (карточка постоянного жителя (форма I 551 «Green Card»))? <i>Если ответ «Да», перейдите к пункту 9</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4	Соответствуете ли Вы критерию «Долгосрочного пребывания» на территории США, смотрите Приложение. <i>Если ответ «Да», перейдите к пункту 9</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5	Является ли местом Вашего рождения территория США и Вы отказались от гражданства США? <i>Если ответ «Да», предоставьте копию свидетельства, подтверждающего отказ от гражданства (Certificate of Loss of Nationality)</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6	Есть ли у Вас адрес проживания и/или почтовый адрес в США?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7	Есть ли у Вас номер контактного телефона и/или факса на территории США?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8	Есть ли у Вас открытые счета в кредитных организациях на территории США?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
<p><i>Если ответ на вопрос 6 - 8 «Нет», перейдите к пункту 9</i></p> <p><i>Если ответ на вопрос 6 и/или 7 и/или 8 «Да», перейдите к пункту 9</i></p>		

<sup>1</sup> «FATCA» – (Foreign Account Tax Compliance Act) – Закон США «О налогообложении иностранных счетов».

<sup>2</sup> Данная форма предназначена для идентификации физического лица для целей FATCA и составлена в соответствии с §1.1471-3(c)(6)(v) U.S. Treasury Regulations (Инструкции Казначейства США). АО ВТБ Страхование жизни оставляет за собой право запросить дополнительную информацию по форме W-9/W-8 BEN, утвержденной IRS или по форме АО ВТБ Страхование жизни.

<sup>3</sup> Лицо, являющееся выгодоприобретателем по страховому риску «Дожитие» на основании Договора страхования (далее по тексту «Выгодоприобретатель»), заключенного Страхователем с АО ВТБ Страхование жизни в рамках осуществления последним страховой деятельности согласно с тем, что конфиденциальная информация о нем и Договоре страхования, Выгодоприобретателем по которому он является, включая операции по оплате страховой премии, страховых выплат, а также информация, содержащаяся в находящихся у Страховщика анкетах, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, применимым правом, а также в соответствии с Законом США «О налогообложении иностранных счетов» (Foreign Account Tax Compliance Act, далее – FATCA) будет передаваться уполномоченному органу/лицу по FATCA без дополнительного согласия Выгодоприобретателя. Выгодоприобретатель несет ответственность за достоверность предоставляемой в АО ВТБ Страхование жизни информации.

Подтвердите, что Вы являетесь налоговым резидентом США (смотрите Приложение):

нет, я не являюсь налоговым резидентом США

да, я являюсь налоговым резидентом США.

Если «Да», то укажите следующую информацию:

1. SSN/ITIN<sup>4</sup>

SSN

ITIN

2. Фамилию, имя и (если имеется) отчество на английском языке в соответствии с документами, удостоверяющими личность, выданными официальными органами США

10. Подтверждение и подпись:

Я подтверждаю, что информация, указанная в настоящей форме, является достоверной.

Я понимаю, что я несу ответственность за предоставление ложных и заведомо недостоверных сведений о себе в соответствии с применимым законодательством.

Я понимаю, что в случае предоставления мной недостоверных или неполных сведений АО ВТБ Страхование жизни может понести убытки и понимаю, что АО ВТБ Страхование жизни может взыскать с меня компенсацию данных убытков.

В случае изменения идентификационных сведений, представленных в рамках данной формы, я предоставляю обновленную информацию АО ВТБ Страхование жизни не позднее 30 дней с момента изменения сведений.

В случае утвердительного ответа на вопросы 2, 3, 4 и/или 9 я даю согласие АО ВТБ Страхование жизни на предоставление АО ВТБ Страхование жизни Налоговой Службе США данных обо мне, необходимых для заполнения установленных Налоговой Службой США форм отчетности.

Подпись

Дата

ДД	ММ	ГГГГ
----	----	------

<sup>4</sup> «SSN» - (Social Security Number) – Номер социального страхования гражданина США. Если Вам не присвоен номер социального страхования, пожалуйста, укажите «ITIN» - (Individual Taxpayer Identification Number) - Индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика США.



<b>налогового резидентства</b>	территории Российской Федерации не менее 183 дней в календарном году) <input type="checkbox"/> иное _____ (указать государство)
<b>прошу выдать дубликат Полиса.</b>	
<b>Дата</b>	« ____ » _____ г.
<b>Страхователь:</b>	_____ / _____ / <small>(подпись)</small> / <small>(ФИО)</small>

Настоящим подтверждается, что АО ВТБ Страхование жизни приняло « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
от Страхователя \_\_\_\_\_ (ФИО) Заявление на выдачу дубликата  
Договора страхования/Полиса № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(ФИО и должность сотрудника АО ВТБ Страхование жизни)

\_\_\_\_\_  
(подпись)





(сумма прописью)

Выплату произвести:

безналичным перечислением на мой текущий счет в банке

Название  
банка  
получателя

ИНН банка

БИК банка

Кор. счет  
банка

№ счета  
физ лица

зачислить в счет очередных платежей по

Полису /  
договору

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

ФИО и подпись Выгодоприобретателя:

Дата

«\_» \_\_\_\_\_ г.

Выгодоприобретатель

:

Настоящим подтверждается, что АО ВТБ Страхование жизни приняло \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

от Страхователя \_\_\_\_\_ Заявление получение страховой выплаты по риску  
«Дожитие» по Полису № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(ФИО и должность сотрудника АО ВТБ Страхование жизни)

\_\_\_\_\_  
(подпись)



**В Акционерное общество  
ВТБ Страхование жизни**  
Адрес юридического лица:  
ул. Мясницкая, д. 48,  
г. Москва, 107078

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

по Договору страхования/Полису № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_.20\_\_ г.

Прошу произвести страховую выплату в связи с \_\_\_\_\_

**Заявитель:**

Ф.И.О. (полностью): \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_ Гражданство \_\_\_\_\_ Место рождения \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_  
наименование, серия, номер, кем выдан, когда выдан

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_  
индекс, город, улица, дом, корпус/строение, квартира

Адрес для корреспонденции: \_\_\_\_\_  
индекс, город, улица, дом, корпус/строение, квартира

Контактный телефон: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

ИНН (при наличии) \_\_\_\_\_

Данные миграционной карты (для иностранных граждан): \_\_\_\_\_

серия, номер, дата начала и дата окончания срока пребывания

Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на  
пребывание (проживание) в РФ \_\_\_\_\_

наименование, серия, номер, кем выдан, когда выдан

Заявитель является  Выгодоприобретателем  Застрахованным лицом  иное

Заявитель действует

от собственного имени и в своих интересах

от имени и в интересах следующего лица:

Ф. И. О. (полностью): \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_  
наименование, серия, номер, кем выдан, когда выдан

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_  
индекс, город, улица, дом, корпус/строение, квартира

Наименование, номер, дата выдачи документа, подтверждающего полномочия представителя:

**Сведения о событии:**

Застрахованное лицо: \_\_\_\_\_

Заявляемое событие: \_\_\_\_\_

Дата наступления события: \_\_\_\_\_.20\_\_ г.

Обстоятельства и причины наступления заявляемого события: \_\_\_\_\_





## Типовая форма письма-акцепта о смене Застрахованного лица

Кому: **Фамилия Имя Отчество (Страхователя)**  
Куда: **Почтовый адрес**

### ПИСЬМО-АКЦЕПТ

Уважаемый(ая) **Имя Отчество !**

Благодарим Вас за то, что являетесь Клиентом нашей компании!

Настоящим письмом АО ВТБ Страхование жизни сообщает, что ваше Заявление от \_\_.\_\_.20\_\_г о смене застрахованного лица по договору страхования № \_\_\_\_\_ от \_\_.\_\_.20\_\_г. (далее – Договор) было рассмотрено и указанные в нем изменения акцептованы Страховщиком в лице Генерального директора Пушкарева Максима Сергеевича, действующего на основании Устава.

В соответствии с п.13.10 [Правил страхования], начиная с первого рабочего дня, следующего за датой направления Вам настоящего письма-акцепта Страховщиком:

1. п.3 Договора изложить в следующей редакции:

3. Застрахованное лицо			
ФИО	Документ, удостоверяющий личность	Адрес	Контактные данные
		Регистрации: Почтовый:	Тел.: Email:

2. п. 9 Договора изложить в следующей редакции:

#### 9. Декларация Застрахованного лица

Настоящим я,  подтверждаю  не подтверждаю

1) что:

- а) у меня нет действующего направления на медицинское обследование по состоянию здоровья;
- б) не состою на учете в наркологическом, психоневрологическом, туберкулезном, кожно-венерологическом диспансере;
- в) не страдаю онкологическими заболеваниями, заболеваниями, вызванными воздействием радиации, СПИДом и другими заболеваниями, связанными с вирусом иммунодефицита человека;
- г) не являюсь инвалидом и не имею оснований для присвоения группы инвалидности;
- д) не проходил лечения и не страдаю в настоящее время и в течение последних 5 лет заболеваниями сердечнососудистой системы (инфаркт миокарда, стенокардия, артериальная гипертензия, порок сердца, нарушение ритма, инсульт), какими-либо заболеваниями легких (за исключением острых респираторных заболеваний), головного мозга, печени, желудочно-кишечного тракта (за исключением острых пищевых отравлений, гастрита), почек, эндокринной системы, сахарным диабетом, психическими расстройствами, параличом, заболеваниями костно-мышечной системы, заболеваниями крови (за исключением железодефицитной анемии легкой степени);
- е) на протяжении последних 12 месяцев я ни разу не был госпитализирован и не подвергался хирургическим вмешательствам;

ж) в настоящее время не прохожу службу в вооруженных силах, не работаю со взрывчатыми или радиоактивными веществами, не занят(-а) на подземных работах, не являюсь водолазом, пожарным, работником ядерной промышленности, нефтяником или охранником;

з) не являюсь пилотом, машинистом, водителем или членом экипажа на воздушном и/или железнодорожном транспорте; не занимаюсь авиацией в качестве хобби;

и) не занимаюсь опасными видами спорта, такими как: бокс, боевые искусства, альпинизм, автогонки, мотокросс, скалолазание, парашютный спорт и прочие воздушные виды спорта, дайвинг (глубже 30 метров или в одиночку), горнолыжные виды спорта (за исключением любительского катания на подготовленных горных склонах);

к) не занимаюсь какими-либо видами спорта на профессиональной основе (за исключением интеллектуальных видов спорта);

л) не участвую в соревнованиях или попытках установления рекорда и не намереваюсь путешествовать в горячие точки планеты.

2) достоверность всех сведений, указанных в настоящей Декларации Застрахованного лица. Мне известно, что если какое-либо сведение будет заведомо ложным Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и возмещения понесенных им убытков, при этом страховые выплаты по Договору страхования не осуществляются.

3. п. 11.2 Договора изложить в следующей редакции:

<b>11.2. Застрахованный:</b>	
Дата рождения _____	Место рождения _____ <small>(страна, край/область, населенный пункт)</small>
Гражданство: <input type="checkbox"/> Российская Федерация <input type="checkbox"/> Иное _____ <input type="checkbox"/> нет	
Миграционная карта: № _____	
Дата начала пребывания в РФ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Дата окончания срока пребывания в РФ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(для иностранных граждан/лиц без гражданства)</small>	
Документ: Серия (при наличии) _____ № _____	
Дата начала права на пребывания (проживание) в РФ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Дата окончания срока права на пребывания (проживание) в РФ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ)</small>	
ИНН (при наличии): _____	
Страна налогового резидентства:	
<input type="checkbox"/> Российская Федерация (являюсь налоговым резидентом Российской Федерации, находясь на территории Российской Федерации не менее 183 дней в календарном году)	
<input type="checkbox"/> иное _____ (указать иностранную юрисдикцию)	
Бенефициарный владелец Застрахованного лица (физическое лицо, которое имеет возможность контролировать действия Страхователя):	
<input type="checkbox"/> не имеется <input type="checkbox"/> имеется	

По всем возникающим вопросам Вы можете обратиться:

- по телефонам 8(495)662-12-21 – для Москвы и Московской области, 8-800-550-12-21 бесплатно по России, в том числе с мобильных телефонов любого оператора связи;
- по электронной почте [support@vtbinslife.ru](mailto:support@vtbinslife.ru).

С уважением,  
Генеральный директор

М.С. Пушкарев

Исп.: \_\_\_\_\_  
Тел.: \_\_\_\_\_





заявляю о своем отказе от исполнения договора в полном объеме.

Прошу произвести возврат суммы оплаченной мною страховой премии в размере: \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ коп.

- в счет оплаты нового договора № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_ г.
- в счет оплаты действующего договора № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_ г.
- безналичным перечислением на мой текущий счет в банке:

Название банка получателя																	
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"/>	БИК банка	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
К/с банка	<input type="text"/>																
№ счета физ лица	<input type="text"/>																

- Оригинал договора страхования прилагаю
- Оригинал договора страхования утерян

Причина отказа от договора страхования

Дата	«__» _____ г.	Страхователь	_____ / _____ / (подпись) (ФИО)
------	---------------	--------------	------------------------------------

**Заключение АО ВТБ Страхование жизни:**

- Осуществить возврат страховой премии в полном объеме

ФИО сотрудника	<input type="text"/>	Подпись	<input type="text"/>	Дата «__» ____ г.
----------------	----------------------	---------	----------------------	-------------------

Настоящим подтверждается, что АО ВТБ Страхование жизни приняло «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. от Страхователя \_\_\_\_\_ (ФИО)

Заявление об отказе от Договора страхования № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(ФИО и должность сотрудника АО ВТБ Страхование жизни)

\_\_\_\_\_  
(подпись)







лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ	Дата окончания срока права на пребывания (проживание) в РФ <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 (при наличии)		
Страна налогового резидентства	<input type="checkbox"/> Российская Федерация (являюсь налоговым резидентом Российской Федерации, находясь на территории Российской Федерации не менее 183 дней в календарном году) <input type="checkbox"/> иное _____ (указать государство)	
<b>Прошу произвести следующие изменения:</b>		
<input type="checkbox"/>	Подключить опцию «Автофиксация» и установить следующий порог по опции:	_____ %
<input type="checkbox"/>	Изменить величину порога по опции «Автофиксация» на следующее значение:	_____ %
<input type="checkbox"/>	Отключить опцию «Автофиксация»	
Оформленное на основании данного заявления Письмо акцепт прошу: <input type="checkbox"/> направить посредством Почты России по адресу, указанному в настоящем заявлении. <input type="checkbox"/> вручить мне в офисе АО ВТБ Страхование жизни по адресу: г. Москва, ул. Мясницкая, д. 48.		
О готовности Письма акцепта прошу проинформировать меня: <input type="checkbox"/> по телефону: _____ <input type="checkbox"/> посредством SMS-уведомления на номер: _____ <input type="checkbox"/> по электронной почте: _____		
<b>Обращаем ваше внимание:</b> Изменения по договору могут быть акцептованы Страховщиком и вступают в силу с даты направления Страховщиком Письма-акцепта.		
Дата	« _____ » _____ г.	Страхователь _____ / _____ / _____

Настоящим подтверждается, что АО ВТБ Страхование жизни приняло « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

от Страхователя \_\_\_\_\_ (ФИО) Заявление о внесении изменений в параметры опции «Автофиксация» по Договору страхования № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(ФИО и должность: сотрудник АО ВТБ Страхование жизни)

(подпись)

**Типовая форма письма-акцепта  
о подключении опции «Автофиксация»**

Кому: **Фамилия Имя Отчество**  
**(Страхователя)**  
Куда: **Почтовый адрес**

**ПИСЬМО-АКЦЕПТ**

**Уважаемый(ая) Имя Отчество !**

**Благодарим Вас за то, что являетесь Клиентом нашей компании!**

Настоящим письмом АО ВТБ Страхование жизни сообщает, что ваше Заявление от \_\_.\_\_.20\_\_ г о внесении изменений в параметры опции «Автофиксация» по договору страхования № \_\_\_\_\_ от \_\_.\_\_.20\_\_ г. было рассмотрено и указанные в нем изменения приняты Страховщиком в лице Генерального директора Пушкарева Максима Сергеевича, действующего на основании Устава.

В соответствии с п.13.10 [Правил страхования], начиная с первого рабочего дня, следующего за датой направления Вам настоящего письма-акцепта Страховщиком Раздел 7 договора страхования № \_\_\_\_\_ от \_\_.\_\_.20\_\_ г. изложен в следующей редакции:

<b>7. Стратегии инвестирования</b>	
Базовый актив	
Валюта инвестирования	
Коэффициент участия (%)	
Коэффициент защиты капитала (в % т страховой премии по Договору страхования)	
Порог автофиксации (в % от страховой премии по Договору страхования)	

Датой начала действия Дополнительных условий страхования №1 Автофиксация является первый рабочий день, следующий за датой направления Вам настоящего письма-акцепта Страховщиком.

Датой начала действия Порога автофиксации является первый рабочий день, следующий за датой направления Вам настоящего письма-акцепта Страховщиком.

**По всем возникающим вопросам Вы можете обратиться:**

- по телефонам 8(495)662-12-21 – для Москвы и Московской области, 8-800-550-12-21 бесплатно по России, в том числе с мобильных телефонов любого оператора связи;
- по электронной почте [support@vtbinslife.ru](mailto:support@vtbinslife.ru).

С уважением,  
Генеральный директор

М.С. Пушкарев

Исп.: \_\_\_\_\_  
Тел.: \_\_\_\_\_



**Типовая форма письма-акцепта  
об отключении опции «Автофиксация»**

Кому: **Фамилия Имя Отчество  
(Страхователя)**  
Куда: **Почтовый адрес**

**ПИСЬМО-АКЦЕПТ**

**Уважаемый(ая) Имя Отчество !**

**Благодарим Вас за то, что являетесь Клиентом нашей компании!**

Настоящим письмом АО ВТБ Страхование жизни сообщает, что ваше Заявление от \_\_.\_\_.20\_\_ г о внесении изменений в параметры опции «Автофиксация» по договору страхования № \_\_\_\_\_ от \_\_.\_\_.20\_\_ г. было рассмотрено и указанные в нем изменения приняты Страховщиком в лице Генерального директора Пушкарёва Максима Сергеевича, действующего на основании Устава.

В соответствии с п.13.10 [Правил страхования], начиная с первого рабочего дня, следующего за датой направления Вам настоящего письма-акцепта Страховщиком Раздел 7 договора страхования № \_\_\_\_\_ от \_\_.\_\_.20\_\_ г. изложен в следующей редакции:

<b>7. Стратегии инвестирования</b>	
Базовый актив	
Валюта инвестирования	
Коэффициент участия (%)	
Коэффициент защиты капитала (в % к страховой премии по Договору страхования)	

**По всем возникающим вопросам Вы можете обратиться:**

- по телефонам 8(495)662-12-21 – для Москвы и Московской области, 8-800-550-12-21 бесплатно по России, в том числе с мобильных телефонов любого оператора связи;
- по электронной почте [support@vtbinslife.ru](mailto:support@vtbinslife.ru) .

С уважением,  
Генеральный директор

М.С. Пушкарёв

Исп.: \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_



<b>Страна налогового резидентства</b>	<input type="checkbox"/> Российская Федерация (являюсь налоговым резидентом Российской Федерации, находясь на территории Российской Федерации не менее 183 дней в календарном году) <input type="checkbox"/> иное _____ (указать государство)	
<b>Дата окончания страхования</b>	□□.□□.□□□□г.	
<b>Сумма оплаченных страховых взносов</b>	_____ руб. _____ коп. _____ (сумма прописью)	
<b>Наличие страховых выплат или заявлений о страховом случае</b>		
<b>Прошу выдать займ</b>		
<b>Размер займа</b>	_____ руб. _____ коп. _____ (сумма прописью)	
<b>Процентная ставка по займу, % годовых</b>	_____ %	
<b>Срок погашения займа</b>	до □□.□□.□□□□г.	
<b>Наличие ранее выданных займов</b>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Если «да», указать размер выданного займа, даты выдачи и погашения:

<b>Дата</b>	«___» _____ г.	<b>Страхователь</b>	_____ / _____ / <small>(подпись) (ФИО)</small>
-------------	----------------	---------------------	---

Настоящим подтверждается, что АО ВТБ Страхование жизни приняло «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. от Страхователя \_\_\_\_\_ (ФИО) Заявление о выдаче займа (ссуды) по Договору страхования № \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (ФИО и должность сотрудника АО ВТБ Страхование жизни) \_\_\_\_\_ (подпись)

Дополнительное соглашение № \_\_\_\_\_  
к Договору страхования / Полису

№ \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

г. Москва

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Акционерное общество ВТБ Страхование жизни, именуемое в дальнейшем Страховщик, в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, документ удостоверяющий личность – \_\_\_\_\_ серия; \_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_ г., выдан \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем Страхователь, с другой стороны, совместно именуемые Стороны, на основании Заявления от Страхователя от \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., поступившего Страховщику \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору страхования жизни (Полису) № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (далее по тексту Договор) о нижеследующем:

1. С момента заключения настоящего Дополнительного соглашения к Договору Страхователю предоставлен займ (ссуда):

Страхователь	
Дата окончания страхования	_____ г.
Сумма оплаченных страховых взносов	
Наличие страховых выплат или заявлений о страховом случае	
Размер займа (ссуды)	
Процентная ставка по займу (ссуде), % годовых	
Срок погашения займа	до _____ г.

2. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу и становится обязательным для сторон с \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в том случае, если Страховщику до \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. включительно поступит подписанный Страхователем экземпляр настоящего Дополнительного соглашения. В случае не поступления в оговоренные настоящим пунктом сроки подписанного со стороны Страхователя настоящего Дополнительного соглашения, оно считается не вступившим в силу и не создает для сторон никаких прав и обязанностей в рамках Договора, при этом заполненное ранее Заявление о выдаче займа (ссуды) считается не исполненным по инициативе Страхователя и не подлежит дальнейшему исполнению.

3. Настоящее Дополнительное соглашение подписано в 2 (двух) экземплярах по одному для каждой из Сторон.

4. Во всем ином, что не оговорено текстом настоящего Дополнительного соглашения, Стороны будут руководствоваться положениями Договора и [Правил страхования].

Страховщик:

Страхователь:

\_\_\_\_\_  
М.П.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



### Уведомление о проведенном расторжении

Куда: \_\_\_\_\_  
Кому: \_\_\_\_\_

Уважаемый (ая) \_\_\_\_\_!

АО ВТБ Страхование жизни уведомляет Вас о том, что Ваш Договор страхования № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ г. расторгнут с «\_\_» \_\_\_\_\_ г. в связи с превышением суммы займа в размере \_\_\_\_\_ рублей (включая проценты за пользование займом) над установленной на период с «\_\_» \_\_\_\_\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_\_ г. величиной выкупной в размере \_\_\_\_\_. Предоставленный Вам период для погашения предоставленного займа истек «\_\_» \_\_\_\_\_ г. Расторжение договора произведено на основании п.10. Дополнительных условий страхования №2 «Выдача займа (ссуды) страхователю» к [Правилам страхования].

По всем возникающим вопросам Вы можете обратиться:

- по телефонам 8(495)662-12-21 – для Москвы и Московской области, 8-800-550-12-21 бесплатно по России, в том числе с мобильных телефонов любого оператора связи;
- по электронной почте [support@vtbinslife.ru](mailto:support@vtbinslife.ru).

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /