

## **Условия участия в программе добровольного страхования жизни и здоровья заемщика потребительского кредита «ДСЖ POS»**

(применяются в отношении Застрахованных лиц, принятых на страхование начиная с «25» декабря 2019 г.)

Настоящие Условия участия в программе добровольного страхования жизни, здоровья заемщика потребительского кредита (далее – Условия участия в программе страхования, Условия) определяют порядок участия физического лица в программе добровольного страхования жизни и здоровья заемщика (далее – Программа страхования).

### **1. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

В настоящих Условиях используются следующие термины, которые подлежат толкованию в соответствии с их определениями:

**Страховщик** – ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (Лицензия на осуществление страхования СЖ № 3692 (вид деятельности – добровольное страхование жизни) выдана Банком России без ограничения срока действия; Лицензия на осуществление страхования СЛ № 3692 (вид деятельности – добровольное личное страхование, за исключением добровольного страхования жизни), выдана Банком России без ограничения срока действия).

**Страхователь** – ПАО Сбербанк (далее по тексту – Страхователь или Банк).

**Выгодоприобретатель** – лицо, в пользу которого заключен Договор страхования, и которое обладает правом на получение страховой выплаты.

**Дата страхового случая** – одна из следующих дат (в зависимости от того, что применимо):

в случае смерти – это дата смерти Застрахованного лица, указанная в свидетельстве о смерти;

в случае установления 1-й инвалидности – это дата установления инвалидности согласно документу, выданному Застрахованному лицу федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы;

по страховому риску «Дистанционная медицинская консультация» – это дата обращения Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Дистанционная медицинская консультация».

**Договор страхования** – соглашение между Страховщиком и Страхователем по Программе страхования.

**Заболевание (болезнь)** – любое нарушение состояния здоровья, не вызванное несчастным случаем, диагностированное на основании объективных симптомов.

**Застрахованное лицо** – физическое лицо, в отношении которого заключен Договор страхования.

**Задолженность Застрахованного лица по Потребительскому кредиту** – остаток суммы Потребительского кредита по Кредитному договору, подлежащий возврату Застрахованным лицом (основной долг), а также начисленные в соответствии с условиями Кредитного договора проценты за пользование Потребительским кредитом (за исключением неустоек, штрафов и пени).

**Иные услуги** – услуги, не входящие в состав медицинской услуги, связанные с организацией оказания и оказанием медицинских услуг, в частности, услуги по оформлению и предоставлению медицинской документации, информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг. Конкретный объем (перечень (виды)) иных услуг, организуемых и оказываемых по договору страхования, указывается в Программе добровольного медицинского страхования, прилагаемой к договору страхования.

**Кредитный договор** – договор о предоставлении потребительского кредита, заключенный между Страхователем и физическим лицом (клиентом).

**Клиент** – физическое лицо, которому Страхователь предоставил(ит) потребительский кредит.

**Кредит** – денежные средства, предоставляемые Страхователем Застрахованному лицу (Клиенту) в размере и на условиях, предусмотренных Кредитным договором.

**Лимит ответственности (лимит страхового обязательства)** – максимальный размер страховой выплаты, установленный Договором страхования (включая Приложения к Договору страхования) по страховому(ым) риску (ам) / по отдельным заболеваниям (состояниям)/ на отдельные медицинские и иные услуги. Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении (в т.ч. в процентах от страховой суммы), в виде временного периода и/или максимального количества дней, за которые будет производиться страховая выплата по страховому(-ым) случаю(-ям), а при осуществлении медицинского страхования также и в натуральном выражении (т.е. по количественным показателям медицинских услуг и т.п.).

**Медицинские услуги** - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение. Конкретный объем (перечень (виды)) медицинских услуг, организуемых и оказываемых по Договору страхования, указывается в Программе добровольного медицинского страхования.

**Медицинская организация** - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, а также иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

**Несчастный случай** - фактически произошедшее непредвиденное и внешнее по отношению к Застрахованному лицу событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, не зависящее от воли Застрахованного лица, не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций. При этом самоубийство Застрахованного лица (суицид) не является несчастным случаем по смыслу настоящего определения.

**Памятка Застрахованного лица (Памятка)** – документ, содержащий (раскрывающий) информацию о потребительских свойствах страховой услуги (Памятка является составной частью Заявления на участие в Программе).

**Плата за участие в Программе страхования** – сумма денежных средств, уплачиваемая Клиентом Банку в случае участия в Программе страхования.

**Программа добровольного медицинского страхования** – документ, являющейся неотъемлемой частью Договора страхования, в котором определен объем (перечень (виды)) медицинских и иных услуг, оказание которых Страховщик организует и оплачивает по Договору страхования, а также порядок их оказания. Программа добровольного медицинского страхования может быть изменена по соглашению между Страховщиком и Страхователем. Программа добровольного медицинского страхования размещается на сайте Страховщика по ссылке <https://www.sberbank-insurance.ru/upload/73/730d6b2bb5679320d7a66d1155f216fd.pdf>.

**Система «Сбербанк Онлайн» (Сбербанк Онлайн)** – автоматизированная защищенная система дистанционного обслуживания Клиента через официальный сайт Банка в сети Интернет.

**Сервисная компания (Ассистанс-компания)** - специализированная организация, привлекаемая Страховщиком в целях обеспечения организации медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

**Страховой случай** – совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

**Страховая выплата** – по всем страховым рискам, за исключением страхового риска «Дистанционная медицинская консультация», - сумма денежных средств, которую Страховщик обязуется выплатить Выгодоприобретателю при наступлении события, признанного Страховым случаем. При наступлении Страхового случая по страховому риску «Дистанционная медицинская консультация» Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Дистанционная медицинская консультация».

**Страховая сумма** – определенная в порядке, установленном Договором страхования, денежная сумма, исходя из которой устанавливается размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

**Страховой риск** – предполагаемое событие, на случай наступления, которого проводится страхование.

**Срок страхования** – период времени, определяемый Договором страхования, при наступлении страховых случаев в течение, которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению Страховых выплат в соответствии с Правилами страхования<sup>1</sup> и Договором страхования (при отсутствии оснований для отказа в выплате).

Термин «Простая электронная подпись» применяется в соответствии с Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи» и Правилами электронного взаимодействия<sup>2</sup>.

## **2. УЧАСТИЕ КЛИЕНТА В ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. Участие Клиента в Программе страхования является добровольным. Отказ от участия не является основанием для отказа в выдаче потребительского кредита и предоставления иных банковских услуг.

2.2. Участие в Программе страхования (включение в число Застрахованных лиц) осуществляется на основании письменного заявления Клиента, предоставленного в Банк с использованием Системы «Сбербанк Онлайн» и подписанного простой электронной подписью Клиента в соответствии с Правилами электронного взаимодействия<sup>3</sup> (далее – Заявление на участие в программе страхования или Заявление), при условии уплаты Платы за участие в Программе страхования.

2.3. Банк вправе отказать Клиенту во включении его в число Застрахованных лиц в случае, если на момент получения заявления Клиент будет иметь просроченную задолженность по Кредиту.

2.4. В случае изменения сведений, указанных в Заявлении, Клиент обязан незамедлительно уведомить об этом Банк в письменной форме. При этом внесение изменений в Заявление не требуется.

## **3. ОПИСАНИЕ ПРОГРАММЫ И СУЩЕСТВЕННЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ**

3.1. В рамках Программы страхования Банк организывает страхование Клиента путем заключения в качестве Страхователя со Страховщиком Договора страхования, в рамках которого Страховщик:

3.1.1. осуществляет страхование Клиента (который становится Застрахованным лицом);

3.1.2. принимает на себя обязательство при наступлении события, признанного им Страховым случаем, произвести Страховую выплату Выгодоприобретателю.

Сторонами Договора страхования являются страхователь – Банк – и страховщик – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни». Застрахованное лицо не является стороной Договора страхования.

Выгодоприобретатели устанавливаются в отношении каждого Застрахованного лица отдельно согласно Заявлению.

Если в отношении Клиента заключен Договор страхования, дополнительные уведомления о подключении его к Программе страхования Клиенту не направляются.

Банк в качестве Страхователя производит уплату Страховщику страховой премии – платы за оказание последним страховых услуг.

---

<sup>1</sup> Правила страхования размещены по ссылке <https://www.sberbank-insurance.ru/upload/7c/7cedb9f29b1247b386fdf50a6097fcb2.pdf>

<sup>2</sup> Приложение № 3 к Условиям банковского обслуживания физических лиц ПАО Сбербанк, размещенных по ссылке <https://www.sberbank.ru/ru/person/udbo>.

<sup>3</sup> Приложение № 3 к Условиям банковского обслуживания физических лиц ПАО Сбербанк, размещенных по ссылке <https://www.sberbank.ru/ru/person/udbo>.

Договор страхования между Банком и Страховщиком может заключаться в отношении нескольких лиц, в том числе конкретного Клиента (Договор страхования может предусматривать несколько Застрахованных лиц).

За участие в Программе страхования Клиент уплачивает Банку плату, которая рассчитывается по следующей формуле: Страховая сумма, указанная в п. 5.1 Заявления\*тариф за участие в Программе страхования\*Количество месяцев Срока страхования по рискам согласно п. 3.2 Заявления. Размеры тарифов за участие в Программе страхования размещены на сайте Банка по ссылке<sup>4</sup> и устанавливаются в зависимости от размера страховой суммы.

### 3.2. Страховые риски и страховые случаи по Договору страхования:

3.2.1. **Расширенное страховое покрытие** - для Клиентов, не относящихся к категориям, указанным в п.3.3 Условий, - страховыми случаями являются следующие события:

3.2.1.1. Смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования (страховой риск – **«Смерть»**);

3.2.1.2. Установление федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу в течение срока страхования инвалидности 1 группы в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, или заболевания (страховой риск – **«Инвалидность 1 группы в результате несчастного случая или заболевания»**);

3.2.1.3. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Дистанционная медицинская консультация» (далее также может именоваться «Программа ДМС»), в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой ДМС, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг (за исключением событий, перечисленных в Программе ДМС) (страховой риск – **«Дистанционная медицинская консультация»**).

3.2.2. **Базовое страховое покрытие** – для Клиентов, относящихся к категориям, указанным в п.3.3 настоящих Условий, - страховыми случаями являются следующие события:

3.2.2.1. Смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования (страховой риск – **«Смерть от несчастного случая»**);

3.2.2.2. Событие, предусмотренное п. 3.2.1.3 настоящих Условий (страховой риск – **«Дистанционная медицинская консультация»**).

3.3. Категории лиц, в отношении которых Договор страхования заключается только на условиях **Базового страхового покрытия**:

- Лица, возраст которых на дату подписания Заявления составляет менее 18 (восемнадцати) лет или более 65 (шестидесяти пяти) полных лет;

- Лица, у которых до даты подписания Заявления (включая указанную дату) имелись (-ются) следующие заболевания: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, онкологические заболевания, цирроз печени;

- Лица, на дату подписания Заявления, признанные инвалидами 1-й, 2-й или 3-й группы либо имеющие действующее направление на медико-социальную экспертизу.

3.4. По страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1.1 – 3.2.1.2, 3.2.2.1 настоящих Условий и страховому риску «Дистанционная медицинская консультация» устанавливаются разные сроки страхования.

Сроки страхования по страховым рискам, предусмотренным в отношении Застрахованного лица, устанавливаются Договором страхования в отношении каждого Застрахованного лица

---

<sup>4</sup> Размеры тарифов за участие в Программе страхования размещены на сайте Банка по ссылке [https://www.sberbank.ru/ru/person/bank\\_inshure/insuranceprogram/life/POS](https://www.sberbank.ru/ru/person/bank_inshure/insuranceprogram/life/POS)

отдельно согласно информации о сроках страхования, предоставленной Банком Страховщику на основании данных, указанных в Заявлении.

Договор страхования при его заключении в отношении Застрахованного лица действует в отношении Застрахованного лица с даты начала Срока страхования и по дату окончания Срока страхования включительно, установленного Договором страхования согласно информации о дате начала и дате окончания Срока страхования, предоставленной Банком Страховщику на основании данных, указанных в п.п. 3.1.1 и 3.2 Заявления.

При досрочном прекращении действия Договора страхования в отношении Застрахованного лица срок страхования прекращается и страхование прекращает действовать одновременно с прекращением действия Договора страхования в отношении Застрахованного лица.

Действие Договора страхования не зависит от досрочного погашения задолженности по Кредитному договору и не прекращается в связи с досрочным погашением.

3.5. Страховая сумма устанавливается Договором страхования согласно информации о размере страховой суммы, предоставленной Банком Страховщику на основании данных, указанных в Заявлении, но не более 300 000 рублей в отношении одного Застрахованного лица. Страховая сумма является постоянной в течение срока действия Договора страхования. Страховая сумма устанавливается совокупно (единой) по всем страховым рискам, установленным в отношении Застрахованного лица по Договору страхования, за исключением страховых рисков, указанных в п.п. 3.2.1.3, 3.2.2.2. Условий, - по ним страховая сумма в отношении Застрахованного лица устанавливается отдельно.

3.6. Страховая выплата по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1.1 – 3.2.1.2, 3.2.2.1 настоящих Условий, определяется в следующем порядке:

3.6.1. Размер страховой выплаты по страховому риску «Смерть от несчастного случая» (для лица, принимаемого на страхование по Базовому страховому покрытию)/совокупно по страховым рискам «Смерть» и «Инвалидность 1 группы в результате несчастного случая или заболевания» (для лица, принимаемого на страхование по Расширенному покрытию) устанавливается равным 100% (ста процентам) страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица по соответствующим рискам;

3.6.2. Договором страхования предусмотрены следующие лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства) по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1.1 – 3.2.1.2, 3.2.2.1 настоящих Условий:

3.6.2.1. Размер страховых выплат совокупно по всем страховым рискам, установленным Договором страхования в отношении Застрахованного лица из числа указанных в п.п. 3.2.1.1 – 3.2.1.2, 3.2.2.1 настоящих Условий, за весь срок страхования по всем произошедшим с таким лицом страховым случаям не может превышать размера страховой суммы, указанной в п. 5.1 Заявления и установленной в отношении него Договором страхования по указанным в настоящем подпункте страховым рискам.

3.6.3. При заявлении нескольких событий, имеющих признаки страхового случая, обязательства Страховщика по страховой выплате возникают, и выплата (если она полагается) производится по тому событию, по которому последний из всех необходимых для принятия Страховщиком решения документов поступил раньше. Страховая выплата производится в денежной форме в рублях на банковский счет, указанный Выгодоприобретателем.

3.7. По страховому риску **«Дистанционная медицинская консультация»** страховая выплата определяется и осуществляется в следующем порядке:

3.7.1. Страховщик в счет страховой выплаты организывает оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в порядке, сроки, объеме и на условиях, которые предусмотрены Программой ДМС, при обращении Застрахованного лица за организацией и оказанием таких услуг в порядке, определенном Программой ДМС. Программа ДМС размещена на сайте Страховщика по ссылке: <https://www.sberbank-insurance.ru/upload/73/730d6b2bb5679320d7a66d1155f216fd.pdf>.

3.7.2. Организация оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением сервисных компаний и/или медицинских организаций. Страховщик производит оплату организуемых и оказываемых Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС, непосредственно сервисным компаниям/медицинским организациям, организовывающим/оказывающим такие услуги.

Страховщик принимает решение об оплате медицинским организациям и сервисным компаниям организуемых и оказываемых медицинских и иных услуг и производит оплату в сроки и порядке, предусмотренные в договорах, заключенных с сервисными и/или медицинскими организациями, привлекаемыми Страховщиком для организации и оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу.

3.7.3. Размер страховой выплаты определяется стоимостью организации медицинских и иных услуг/стоимостью медицинских и иных услуг (в зависимости от того, что применимо), оказываемых в соответствии с условиями Программы ДМС, и не может превышать лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), предусмотренных Договором страхования.

3.7.4. Договором страхования предусмотрены следующие лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства) по страховому риску «Дистанционная медицинская консультация»:

3.7.4.1. страховые выплаты за весь срок страхования не могут превышать страховой суммы, указанной в п. 5.2 Заявления и установленной Договором страхования в отношении Застрахованного лица по страховому риску «Дистанционная медицинская консультация»;

3.7.4.2. иные лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства), предусмотренные Программой ДМС;

3.7.4.3. в случае обращения Застрахованного лица за организацией и оказанием медицинских и иных услуг после того, как стоимость всех организованных и оказанных Застрахованному лицу услуг составила размер страховой суммы, или после превышения иных лимитов ответственности, предусмотренных Программой ДМС, такие услуги не подлежат организации и оказанию Застрахованному лицу.

3.8. В случае наступления события, имеющего признаки Страхового случая, по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1.1 – 3.2.1.2, 3.2.2.1 настоящих Условий, Клиент (родственник/представитель) предоставляет в Банк следующие документы:

3.8.1. В отношении Страховых рисков, указанных в подп. 3.2.1.1, 3.2.2.1 настоящих Условий:

а) свидетельство о смерти Застрахованного лица или решение суда о признании Застрахованного лица умершим;

б) официальный документ, содержащий причину смерти. Наиболее распространенными в этой связи документами являются медицинское свидетельство о смерти, справка о смерти органа ЗАГС (либо иного уполномоченного органа), посмертный эпикриз, акт судебно-медицинского или патологоанатомического исследования трупа с приложением результатов судебно-химического исследования (или выписки из них);

в) медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частными врачами, содержащие данные осмотра, результаты анализов и инструментальных исследований, с указанием проводимого лечения (включая сроки), а также точной датой несчастного случая (если причиной события явился несчастный случай) или диагностирования заболевания (если причиной события явилось заболевание). Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица;

г) акт о несчастном случае на производстве по форме Н1;

д) документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры, или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений /лиц (протоколы, постановления, справки, определения, акты, материалы и результаты расследований и

др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы;

е) свидетельство о праве на наследство (для наследников);

ж) оригинал справки-расчета по установленной Страховщиком форме, которая содержит информацию о Задолженности Застрахованного лица по кредиту (оформляется Банком).

3.8.2. В отношении Страхового риска, указанного в подп. 3.2.1.2 настоящих Условий:

а) официальный документ, выданный федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, удостоверяющий факт установления и группу инвалидности Застрахованного лица: справка об установлении инвалидности;

б) справки, выданные федеральным государственным учреждениям медико-социальной экспертизы, об установленных ранее группах инвалидности (в случае повторного установления группы инвалидности);

в) удостоверение о назначении пенсии по инвалидности (копия всех заполненных страниц) (в случае наличия пенсии по инвалидности);

г) официальный документ компетентной организации, содержащий причину (основной диагноз) инвалидности. Наиболее распространенными в этой связи документами являются направление на медико-социальную экспертизу, обратный талон, заключение врачебной комиссии, протокол проведения медико-социальной экспертизы;

д) медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частными врачами, содержащие данные осмотра, результаты анализов и инструментальных исследований, с указанием проводимого лечения (включая сроки), а также точной датой несчастного случая (если причиной установления инвалидности явился несчастный случай) или диагностирования заболевания (если причиной события явилось заболевание). Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица;

е) акт о несчастном случае на производстве по форме Н1;

ж) документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений /лиц (протоколы, постановления, справки, определения, акты, результаты расследований и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы.

з) оригинал справки-расчета по установленной Страховщиком форме, которая содержит информацию о Задолженности Застрахованного лица по кредиту (оформляется Банком).

3.8.3. В отношении любого страхового риска из числа указанных в п.п. 3.2.1.1 – 3.2.1.2, 3.2.2.1 настоящих Условий:

а) оригинал заявления о страховой выплате по установленной Страховщиком форме;

б) документы, удостоверяющие личность заявителя и получателя выплаты (если отличается от заявителя) и подтверждающие право на получение страховой выплаты (например, паспорт и свидетельство о праве на наследство);

в) оригинал Опросного листа по установленной Страховщиком форме (представляется по требованию Страховщика);

г) заявление Застрахованного лица на участие в программе страхования (представляется по требованию Страховщика).

3.9. При непредставлении документов из числа указанных в п. 3.8.1 – 3.8.3 настоящих Условий, или если такие документы не содержат достаточную для принятия Страховщиком решения информацию, Страховщик вправе в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения неполных материалов запросить недостающие документы и сведения. При этом Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании или непризнании заявленного события страховым случаем до получения последнего из всех необходимых документов из числа указанных в п. 3.8.1 – 3.8.3 настоящих Условий, содержащих достаточную для принятия Страховщиком решения информацию.

3.10. По страховому риску **«Дистанционная медицинская консультация»** в целях получения Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой

ДМС, Застрахованному лицу необходимо обратиться за получением таких услуг в порядке, определенном в Программе ДМС, размещаемой на сайте Страховщика.

3.11. Документы, перечисленные выше в п.п. 3.8, 3.9 должны предоставляться:

- в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/учреждением/организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником;
- Страховщику (лично или посредством почтовой связи) или его уполномоченному представителю (лично в любое отделение ПАО Сбербанк, осуществляющее прием документов для передачи Страховщику).

3.12. Страховщик освобождается от Страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:

3.12.1. умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица. Страховщик не освобождается от выплаты страховой суммы, если смерть Застрахованного лица наступила вследствие самоубийства и к этому времени Договор страхования в отношении такого Застрахованного лица действовал уже не менее двух лет;

3.12.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

3.12.3. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

3.12.4 гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

3.13. Страховщик отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:

3.13.1. Произошедшее событие не является страховым случаем, т.е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен Договор страхования.

3.13.2. Событие произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования.

3.13.3. Сумма страховой выплаты превышает лимит ответственности (лимит страхового обязательства) или иные ограничения, установленные Договором страхования. При этом возможен частичный отказ в страховой выплате пропорционально превышению лимита/ограничения.

3.13.4. Событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по Договору страхования.

3.13.5. За страховой выплатой обратилось лицо, не имеющее право на ее получение.

3.13.6. По основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в т.ч. когда Страховщик освобожден от страховой выплаты).

3.14. Принятие решения о признании события, имеющего признаки страхового случая, страховым случаем и об осуществлении страховой выплаты находится в компетенции Страховщика.

3.15. Страховщик принимает решение по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1.1 – 3.2.1.2, 3.2.2.1 настоящих Условий, о страховой выплате (в случае признания произошедшего события страховым случаем и при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате), и осуществляет страховую выплату<sup>5</sup> в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения последнего из документов (в т.ч. запрошенных Страховщиком дополнительно), указанных в п.п. 3.8 – 3.10 настоящих Условий.

В случае принятия решения об отказе в страховой выплате по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1.1 – 3.2.1.2, 3.2.2.1 настоящих Условий, Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия такого решения направляет Выгодоприобретателю письмо с обоснованием отказа.

---

<sup>5</sup> Страховщик не удерживает налог на доходы физических лиц с выплат по договору личного страхования в связи со смертью и (или) причинением вреда здоровью (то есть сумма фактически полученной выплаты будет равна сумме, определенной к выплате).

#### 4. ПРЕКРАЩЕНИЕ УЧАСТИЯ КЛИЕНТА В ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Участие физического лица в Программе страхования может быть прекращено досрочно на основании его письменного заявления, предоставленного в подразделение Банка при личном обращении. Направление заявления по почте или с использованием других каналов связи не допускается. Данное заявление обязательно должно содержать фамилию, имя, отчество, паспортные данные Клиента, а также подразделение Банка, указанное в Заявлении на участие в программе страхования, подпись клиента с расшифровкой, дату подписания. При этом возврат денежных средств, внесенных физическим лицом в качестве платы за участие в Программе страхования, производится Банком при отказе физического лица от страхования в следующих случаях:

4.1.1. подачи физическим лицом в Банк соответствующего заявления в течение 14 календарных дней с даты подписания Заявления на участие в программе страхования.

4.1.2. подачи физическим лицом в Банк соответствующего заявления по истечении 14 календарных дней с даты подписания Заявления на участие в программе страхования, в случае, если Договор страхования в отношении такого лица не был заключен.

4.2. Четырнадцатидневный срок начинает исчисляться с даты, следующей за датой подписания Заявления на участие в программе страхования. В случае если последний день четырнадцатидневного срока приходится на нерабочий (праздничный) день, днем окончания срока считается ближайший следующий за ним рабочий день.

4.3. В случаях, указанных в подп. 4.1.1 и 4.1.2 настоящих Условий участия в Программе страхования, осуществляется возврат денежных средств физическому лицу в размере 100% от суммы Платы за участие в Программе страхования.

4.4. В случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, Банк при возврате денежных средств производит удержание налога на доходы физических лиц.

#### КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

##### ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (Страховщик):

Адрес места нахождения Страховщика (офис): 121170, г. Москва, ул. Поклонная, д. 3, корпус 1. Режим работы офиса: понедельник – пятница с 08.00 до 20.00 МСК

При наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, просьба обращаться в ООО СК «Сбербанк страхование жизни» по тел.<sup>6</sup>: 8 800 555 55 95 (звонки по России бесплатно).

Адрес, по которому Страховщик осуществляет прием документов при наступлении событий, имеющих признаки Страхового случая: 121170, г. Москва, ул. Поклонная, д. 3, корпус 1. В дальнейшем Страховщик может изменить указанный адрес и (или) предусмотреть дополнительные места приема документов. С актуальной контактной информацией можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет».

С информацией о порядке разрешения споров со Страховщиком (в т.ч. о финансовом уполномоченном), можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» по ссылке: <https://sberbank-insurance.ru/about>

---

<sup>6</sup> Для взаимодействия с Застрахованным лицом / Выгодоприобретателем Страховщик использует следующие способы: телефонная и почтовая связь, а также, при наличии технической возможности, электронная почта и (или) мобильные приложения (в т.ч. используемые для обмена электронными сообщениями («мессенджеры»)) и (или) SMS-сообщения и (или) посредством сети «Интернет».