

Условия участия в программе добровольного страхования жизни, здоровья и на случай диагностирования критического заболевания заемщика
(применяются в отношении Застрахованных лиц, принятых на страхование начиная с 01.05.2019 г.)

Настоящие Условия участия в программе добровольного страхования жизни, здоровья и на случай диагностирования критического заболевания заемщика (далее – Условия участия в программе страхования, Условия) определяют порядок участия физического лица в программе добровольного страхования жизни, здоровья и на случай диагностирования критического заболевания 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.

Врач - медицинский специалист соответствующей квалификации с окончанным высшим медицинским образованием, имеющий в установленном действующим законодательством порядке право на осуществление медицинской деятельности и практикующий на основе стандартов медицинской помощи и в соответствии с порядками оказания медицинской помощи (при условии, если такие стандарт(-ы) и порядок(-ки) оказания медицинской помощи предусмотрены законодательством).

Временная нетрудоспособность (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) – временная утрата Застрахованным лицом способности осуществлять трудовую или иную деятельность по медицинским показаниям вследствие временного нарушения здоровья, сопровождающееся оказанием ему медицинской помощи на срок, необходимый для восстановления здоровья.

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 или 2-й группы инвалидности – это дата установления инвалидности согласно документу, выданному Застрахованному лицу федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы;

по страховому риску «Временная нетрудоспособность» – это дата, соответствующая первому дню нетрудоспособности/первому дню временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица (т.е. дата открытия первого листка нетрудоспособности, оформленного в течение непрерывного периода нетрудоспособности, а в случае, если листок нетрудоспособности в соответствии с действующим законодательством не оформляется Застрахованному лицу, - дата первого обращения в течение непрерывного периода временного расстройства здоровья за медицинской помощью, указанная в документе из медицинской организации, содержащем сроки стационарного или амбулаторного лечения и диагнозы);

по страховому риску «Первичное диагностирование критического заболевания» - это дата первичного диагностирования инсульта, инфаркта миокарда или злокачественного онкологического заболевания;

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).

Злокачественное онкологическое заболевание - заболевание, проявляющееся в развитии одной или нескольких злокачественных опухолей, характеризующихся отсутствием дифференцировки клеток, прогрессивным неконтролируемым ростом, способностью к метастазированию (распространению злокачественных клеток из первичного очага), к инвазии и деструкции здоровых и окружающих опухоль

тканей, диагностированное на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)). В определение «злокачественное онкологическое заболевание» в том числе включаются: лейкемия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркома. Заболевания, указанные в п.п. 3.5.3.1 – 3.5.3.9 настоящих Условий, не являются злокачественными онкологическими заболеваниями согласно Договору страхования.

Инфаркт миокарда - остро возникший некроз (омертвление) части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока (недостатка кровоснабжения), подтвержденный врачом-специалистом при обязательном наличии нижеследующих симптомов (признаков):

- а) присутствие типичных болей в грудной клетке, характерных для инфаркта миокарда;
 - б) вновь возникшие (новые) изменения на электрокардиограмме, характерные для инфаркта миокарда.
- Заболевания, указанные в п.п. 3.5.3.10 – 3.5.3.11 настоящих Условий, не являются инфарктом миокарда согласно Договору страхования.

Инсульт - подтвержденное врачом-специалистом, инструментальными методами исследования, такими как компьютерная томография (КТ) и/или магнитно-резонансная томография (МРТ), острое нарушение мозгового кровообращения вследствие нарушения или полного прекращения кровообращения в участке мозгового вещества (ишемический инсульт) или кровоизлияния в вещество головного мозга или под его оболочку (геморрагический инсульт), повлекшее впервые возникшие стойкие необратимые неврологические нарушения, оценка которых произведена не ранее, чем через 3 месяца после инсульта. Заболевания, указанные в п.п. 3.5.3.12 – 3.5.3.15 настоящих Условий, не являются инсультом согласно Договору страхования.

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.

Оплачиваемый период нетрудоспособности – период, установленный Договором страхования, длящийся непрерывно, за дни нетрудоспособности (дни временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица) в рамках которого осуществляется страховая выплата при наступлении страхового случая по страховому риску «Временная нетрудоспособность».

Первичное диагностирование - факт установления диагноза врачом впервые в жизни Застрахованного лица.

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.

Потребительский кредит – денежные средства, предоставленные кредитором заемщику на основании Кредитного договора, в целях, не связанных:

- с осуществлением предпринимательской деятельности;
- с приобретением транспортного средства для личного некоммерческого использования;
- с приобретением/ строительством/ реконструкцией квартиры (в т.ч. в жилом доме, состоящем из одной или нескольких блок-секций - «таун-хаус»); жилого дома; части квартиры или жилого дома, состоящей из одной или нескольких изолированных комнат (в т.ч. часть жилого дома блокированной застройки - «таун-хаус»); доли в праве собственности на квартиру или жилой дом; дачи; садового дома; других строений потребительского назначения; незавершенных строительством вышеуказанных объектов; приобретение гаража, машиноместа, земельного участка.

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.

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 страхования¹ и Договором страхования (при отсутствии оснований для отказа в выплате).

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 кредита и предоставлении иных банковских услуг.

2.2. Участие в Программе страхования (включение в число Застрахованных лиц) осуществляется на основании письменного заявления Клиента, предоставленного в Банк (далее – Заявление на участие в программе страхования или Заявление).

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 Потребительскому кредиту.

2.4. При наличии в Кредитном договоре Созаемщиков принять участие в Программе страхования может любое количество Созаемщиков. Страховая сумма в отношении каждого из Созаемщиков определяется в соответствии с п. 3.7 настоящих Условий участия в программе страхования и с учетом следующего: каждый из Созаемщиков вносит плату за участие в программе страхования в полном объеме.

2.5. 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

¹ Застрахованному лицу необходимо ознакомиться с правилами страхования. Правила страхования размещены по ссылке <https://www.sberbank-insurance.ru/upload/f1/f10ad91a3fae7c56906a13254a357b54.pdf>

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.

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. 3.1.1 Заявления /12). Тариф за участие в Программе страхования составляет 3,6% годовых.

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. Установление федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу в течение срока страхования инвалидности 2 группы в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования (страховой риск – **«Инвалидность 2 группы в результате несчастного случая»**);

3.2.1.4. Установление федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу в течение срока страхования инвалидности 2 группы в результате заболевания (страховой риск – **«Инвалидность 2 группы в результате заболевания»**);

3.2.1.5. Непрерывная временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (непрерывное временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок не менее 32 календарных дней, начавшаяся в течение срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, или заболевания, диагностированного в течение срока страхования (за исключением событий, перечисленных в п. 3.4 настоящих Условий) (страховой риск - **«Временная нетрудоспособность»**);

3.2.1.6. Первичное диагностирование Застрахованному лицу в течение срока страхования инсульта, инфаркта миокарда или злокачественного онкологического заболевания, как они определены настоящими Условиями (за исключением событий, перечисленных в п. 3.5 настоящих Условий) (страховой риск – **«Первичное диагностирование критического заболевания»**);

3.2.1.7. 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. 3.2.1.7 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 заполнения Заявления составляет менее 18 (восемнадцати) полных лет или более 65 (шестидесяти пяти) полных лет;
- Лица, у которых до даты заполнения Заявления (включая указанную дату) имелись (-ются) следующие заболевания: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, онкологические заболевания, цирроз печени;
- Лица, на дату заполнения Заявления, признанные инвалидами 1-й, 2-й или 3-й группы либо имеющие действующее направление на медико-социальную экспертизу.

3.4. По страховому риску «**Временная нетрудоспособность**» не являются страховыми случаями (исключения из страхования) следующие события:

- 3.4.1. временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок менее 32 календарных дней;
- 3.4.2. временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок более 32 календарных дней, если этот срок не был непрерывным с первого дня нетрудоспособности/первого дня временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица.

3.5. По страховому риску «**Первичное диагностирование критического заболевания**» не являются страховыми случаями (исключения из страхования) следующие события:

3.5.1. диагностирование заболевания, являющегося следствием врожденных пороков (аномалий) развития;

3.5.2. диагностирование заболевания, являющегося следствием употребления алкогольных напитков и/или психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов без назначения врача (или по назначению врача, но с нарушением указанной им дозировки) и/или следствием употребления препаратов, назначенных для лечения наркомании;

3.5.3. диагностирование следующих заболеваний:

3.5.3.1. Меланомы, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 2 мм или которая не превышает уровень T(2b)N(0)M(0) по международной классификации TNM, или Злокачественной опухоли кожи;

3.5.3.2. Злокачественной опухоли предстательной железы стадии T1 (включая T1a и T1b) по классификации TNM;

3.5.3.3. Карциномы in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN- 3);

3.5.3.4. Любых опухолей, гистологически описанных как предраковые заболевания;

3.5.3.5. Базальноклеточной карциномы или плоскоклеточной карциномы;

3.5.3.6. Хронического лимфоцитарного лейкоза стадии A (по классификации Binet) или стадии I (по классификации RA1);

3.5.3.7. Папиллярного рака щитовидной железы;

3.5.3.8. Неинвазивного папиллярного рака мочевого пузыря, гистологически описанного как имеющего стадию TaN(0)M(0) или меньше;

3.5.3.9. Любого вида злокачественных новообразований, протекающих на фоне ВИЧ –инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши);

3.5.3.10. Инфаркта миокарда только с увеличением показателей Тропонина I или T в крови без характерных изменений ЭКГ (т.е. без изменений сегмента ST или без появления патологических зубцов Q);

3.5.3.11. Стабильной/нестабильной стенокардии;

3.5.3.12. Транзиторной ишемической атаки;

3.5.3.13. Церебральных изменений, явившихся следствием неврологического дефицита, мигрени, гипоксии или травмы;

3.5.3.14. Травматического повреждения головного мозга или сосудов головного мозга;

3.5.3.15. Лакунарного инсульта без неврологической симптоматики.

3.5.4. не первичное диагностирование заболевания.

3.6. По страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1.1 – 3.2.1.4, 3.2.2.1 настоящих Условий, страховому риску «Дистанционная медицинская консультация», страховому риску «Временная нетрудоспособность» и страховому риску «Первичное диагностирование критического заболевания» устанавливаются разные сроки страхования.

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

3.7. Страховая сумма устанавливается Договором страхования согласно информации о размере страховой суммы, предоставленной Банком Страховщику на основании данных, указанных в Заявлении, но не более 10 000 000 (десяти миллионов) рублей в отношении одного Застрахованного лица.

Страховая сумма является постоянной в течение срока действия Договора страхования. Страховая сумма устанавливается единой (совокупно) по всем страховым рискам, установленным в отношении Застрахованного лица по Договору страхования, за исключением страховых рисков, указанных в п.п. 3.2.1.7, 3.2.2.2. Условий, - по ним страховая сумма устанавливается отдельно.

3.8. Страховая выплата по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1.1 – 3.2.1.6, 3.2.2.1 настоящих Условий, определяется в следующем порядке:

3.8.1. Размер страховой выплаты по страховым рискам **«Смерть»**, **«Смерть от несчастного случая»**, **«Инвалидность 1 группы в результате несчастного случая или заболевания»**, **«Инвалидность 2 группы в результате несчастного случая»** устанавливается равным 100% (ста процентам) страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица;

3.8.2. Размер страховой выплаты по страховым рискам **«Инвалидность 2 группы в результате заболевания»** и **«Первичное диагностирование критического заболевания»** устанавливается равным 50% (пятидесяти процентам) от страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица;

3.8.3. Размер страховой выплаты по страховому риску **«Временная нетрудоспособность»** устанавливается за каждый день Оплачиваемого периода нетрудоспособности равным 0,5 % от страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица, но не более 2 000 (двух тысяч) рублей за каждый день Оплачиваемого периода нетрудоспособности. Оплачиваемым периодом нетрудоспособности является период с 32-го календарного дня нетрудоспособности по последний день нетрудоспособности включительно. Максимальное количество календарных дней нетрудоспособности, за которые производится страховая выплата в отношении Застрахованного лица, указано в п. 3.8.4.2 настоящих Условий.

3.8.4. Договором страхования предусмотрены следующие лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства) по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1.1 – 3.2.1.6, 3.2.2.1 настоящих Условий:

3.8.4.1. 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 – 3.2.1.6, 3.2.2.1 настоящих Условий, за весь срок страхования по всем произошедшим с таким лицом страховым случаям не может превышать размера страховой суммы, установленной в отношении него Договором страхования по указанным в настоящем подпункте страховым рискам.

3.8.4.2. Максимальное количество календарных дней, за которые производится страховая выплата в отношении Застрахованного лица по риску **«Временная нетрудоспособность»**, составляет 122 (сто двадцать два) календарных дня за весь период страхования.

3.8.4.3. По страховому риску **«Временная нетрудоспособность»** страховая выплата осуществляется только за дни нетрудоспособности, входящие в Оплачиваемый период нетрудоспособности, установленный Договором страхования в отношении Застрахованного лица.

3.8.5. 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.

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

3.9.1. 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.

- 3.9.2. 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.
- 3.9.3. 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.
- 3.9.4. Договором страхования предусмотрены следующие лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства) по страховому риску «Дистанционная медицинская консультация»:
- 3.9.4.1 страховые выплаты за весь срок страхования не могут превышать страховой суммы, установленной Договором страхования в отношении Застрахованного лица по страховому риску «Дистанционная медицинская консультация»;
- 3.9.4.2. иные лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства), предусмотренные Программой ДМС;
- 3.9.4.3. 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.
- 3.10. В случае наступления события, имеющего признаки Страхового случая, по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1.1 – 3.2.1.6, 3.2.2.1 настоящих Условий, Клиент (родственник/представитель) предоставляет в Банк следующие документы:
- 3.10.1. 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 Потребительскому кредиту (оформляется Банком).
- 3.10.2. В отношении Страховых рисков, указанных в подп. 3.2.1.2 - 3.2.1.4. 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 Потребительскому кредиту (оформляется Банком).

3.10.3. В отношении Страхового риска «**Временная нетрудоспособность**»:

- а) закрытый листок нетрудоспособности или в качестве альтернативного документа (если листок нетрудоспособности для такого Застрахованного лица в соответствии с действующим законодательством не оформляется) предоставляется справка или иной документ из медицинской организации, в котором должны быть указаны сроки стационарного или амбулаторного лечения и диагноз, в связи с которым Застрахованное лицо проходило такое лечение. Данный документ может представляться за весь период нетрудоспособности (период временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица) или периодически по мере получения Застрахованным лицом, но не чаще чем один раз в месяц;
- б) медицинскую карту амбулаторного или стационарного больного или выписку из медицинской карты Застрахованного лица за 5 (пять) лет, предшествующих вступлению договора страхования в силу, содержащих информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях;
- в) выписку из медицинской карты амбулаторного больного, в случае если Застрахованное лицо получало медицинскую помощь в амбулаторных условиях;
- г) выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного, если Застрахованное лицо проходило лечение в стационаре;
- д) акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 (если применимо);
- е) документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений / лиц (протоколы, постановления, справки, определения и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы.

3.10.4. В отношении Страхового риска «**Первичное диагностирование критического заболевания**»:

- а) медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения, с указанием диагноза, даты первичного диагностирования критического заболевания, даты проведения хирургических операций (вмешательств), названия и результатов операций и информацией, позволяющей сделать заключение о причинах проведения оперативного вмешательства;
- б) выписка из амбулаторной карты не менее чем за последние 5 (пять) лет с указанием диагнозов, точных дат их установления, проведенного лечения, лечебно-диагностических манипуляций.
- в) оригинал справки-расчета по установленной Страховщиком форме, которая содержит информацию о Задолженности Застрахованного лица по Потребительскому кредиту (оформляется Банком).

3.10.5. В отношении любого страхового риска из числа указанных в п.п. 3.2.1.1 – 3.2.1.6, 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).
- 3.11. При непредставлении документов из числа указанных в п. 3.10.1 – 3.10.5 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. 3.10.1 – 3.10.5 настоящих Условий, содержащих достаточную для принятия Страховщиком решения информацию.
- 3.12. 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.
- 3.13. Документы, перечисленные выше в п.п. 3.10, 3.11, 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).
- 3.14. Страховщик освобождается от Страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:
- 3.14.1. 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;
 - 3.14.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
 - 3.14.3. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
 - 3.14.4. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.
- 3.15. Страховщик отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:
- 3.15.1. Произошедшее событие не является страховым случаем, т.е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен Договор страхования.
 - 3.15.2. Событие произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования.
 - 3.15.3. 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.
 - 3.15.4. Событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по Договору страхования.
 - 3.15.5. За страховой выплатой обратилось лицо, не имеющее право на ее получение.
 - 3.15.6. По основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в т.ч. когда Страховщик освобожден от страховой выплаты).
- 3.16. Принятие решения о признании события, имеющего признаки страхового случая, страховым случаем и об осуществлении страховой выплаты находится в компетенции Страховщика.
- 3.17. Страховщик принимает решение по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1.1 – 3.2.1.6, 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 выплату² в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения последнего из документов, указанных в п.п. 3.10, 3.11 настоящих Условий. Решение о страховой выплате по страховому риску «Временная нетрудоспособность» Страховщик принимает один раз (при предоставлении документа, указанного в подп. а) п. 3.10.3. Условий, один раз за весь период нетрудоспособности/временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица) или несколько раз по мере поступления документов, но не чаще чем один раз в месяц (при предоставлении документа, указанного в подп. а) п. 3.10.3. Условий, несколько раз). В случае принятия решения об отказе в страховой выплате по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1.1 – 3.2.1.6, 3.2.2.1 настоящих Условий, Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия такого решения направляет Выгодоприобретателю письмо с обоснованием отказа.

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

² 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).

подразделение Банка, в котором было оформлено Заявление 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 заполнения Заявления на участие в программе страхования.

4.1.2. подачи физическим лицом в Банк соответствующего заявления по истечении 14 календарных дней с даты заполнения 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 заполнения 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. Если Банком принимается решение о возврате денежных средств, внесенных физическим лицом в качестве платы за участие в Программе страхования, в индивидуальных случаях, отличных от указанных в подп. 4.1.1 и 4.1.2. настоящих Условий, размер возвращаемых денежных средств определяется в индивидуальном порядке. В случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, Банк при возврате денежных средств производит удержание налога на доходы физических лиц.

Адрес, по которому осуществляется прием документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая: 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д.31Г. 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».

Контактная информация: Адрес места нахождения Страховщика (офис): 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д.31Г; Режим работы офиса: понедельник – пятница с 08.00 до 20.00 МСК При наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, просьба обращаться по тел³: 8 800 555 55 95 (звонки по России бесплатно).

³ 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) смс-сообщения и (или) посредством сети «Интернет».