

## УСЛОВИЯ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ ВЛАДЕЛЬЦЕВ КРЕДИТНЫХ КАРТ

(ДОБРОВОЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ВЛАДЕЛЬЦЕВ КРЕДИТНЫХ КАРТ)  
(применяются в отношении лиц, подавших Заявление на участие в Программе страхования, начиная с «\_\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г.)

Настоящие Условия участия в Программе страхования владельцев кредитных карт (далее – Условия) определяют порядок участия Клиента в Программе страхования владельцев кредитных карт (далее – Программа страхования, Программа).

### 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 СЛ № 3692 (вид деятельности - добровольное личное страхование, за исключением добровольного страхования жизни), выдана Банком России без ограничения срока действия).

**Страхователь** – ПАО Сбербанк (далее – Страхователь, Банк).

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

**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.

**Заявление на участие в Программе (Заявление)** – документ, оформленный в виде электронного документа и подписанный Клиентом с использованием простой электронной подписи в Системе «Сбербанк Онлайн».

**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 Отчета** – дата, определенная Договором на выпуск и обслуживание Кредитной карты, по состоянию на которую формируется Отчет по операциям с Кредитной картой, содержащий информацию об общей задолженности и иную информацию согласно условиям Договора на выпуск и обслуживание кредитной карты. Датой Отчета является день месяца, указанный на ПИН-конверте в строке «Дата отчета»; по картам, выпускаемым без ПИН-конверта – день месяца, соответствующий дате, предшествующей дате выдачи Кредитной карты. Если в очередном календарном месяце отсутствует число, являющееся Датой Отчета согласно вышеуказанным условиям, то датой Отчета в таком месяце является предыдущий день месяца.

**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 диагноз).

- по Страховому риску «Дистанционная медицинская консультация» - дата обращения Застрахованного лица за получением медицинских услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Дистанционная медицинская консультация».

**Договор на выпуск и обслуживание Кредитной карты** – договор на выпуск и обслуживание кредитной карты ПАО Сбербанк, в рамках которого открывается Счет для учета операций с использованием Кредитной карты и предоставление клиенту возобновляемой кредитной линии для проведения операций с использованием Кредитной карты/реквизитов Кредитной карты.

**Договор страхования** – соглашение между Страховщиком и Страхователем, по которому Страховщик обязуется при наступлении страхового случая осуществить Страховую выплату.

**Кредитная карта** – электронное средство платежа, используемое для совершения Клиентом операций по Счету карты, в том числе за счет кредитных средств, предоставленных Банком Клиенту в пределах расходного лимита (доступной суммы денежных средств в определенный период времени) в соответствии с условиями Договора на выпуск и обслуживание Кредитной карты.

**Кредит** – денежные средства, предоставляемые Страхователем Застрахованному лицу (Клиенту) в пределах установленного Договором на выпуск и обслуживание Кредитной карты лимита и на условиях, предусмотренных Договором на выпуск и обслуживание Кредитной карты.

**Клиент** – физическое лицо (держатель Кредитной карты), с которым Банк заключил Договор на выпуск и обслуживание Кредитной карты, и которое имеет Счет Кредитной карты в Банке.

**Лимит ответственности (лимит страхового обязательства)** – максимальный размер Страховой выплаты, установленный Договором страхования по страховому(ым) риску(ам) на отдельные медицинские 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.).

**Лимит кредита** – устанавливаемая Банком максимальная сумма, в пределах которой Клиенту могут быть предоставлены кредитные средства (единовременно или частями) для совершения операций с использованием карты/реквизитов карты.

**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 внезапное, непредвиденное и не зависящее от воли Застрахованного лица внешнее событие, не являющееся следствием Заболевания или врачебных манипуляций, характер, время и место которого могут быть однозначно определены. При этом самоубийство Застрахованного лица (суицид) не является несчастным случаем по смыслу настоящего определения.

**Общая задолженность на Дату Отчета (Общая задолженность)** – сумма общей задолженности Клиента (как этот термин определен Договором на выпуск и обслуживание кредитной карты) по Договору на выпуск и обслуживание Кредитной карты перед Банком на Дату Отчета (включительно), указанная в Отчете.

**Общая задолженность по кредитной карте на Дату страхового случая** – задолженность Клиента по Договору на выпуск и обслуживание кредитной карты, имеющаяся на Дату страхового случая (включительно), включающая в себя: Основной долг (включая просроченный Основной долг), проценты за пользование кредитом (включая просроченные проценты), а также неустойку, комиссии и иные суммы, подлежащие уплате Клиентом в соответствии с условиями Договора на выпуск и обслуживание Кредитной карты.

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

**Основной долг** – сумма задолженности по кредиту, включая сумму превышения Лимита кредита, без учета процентов, начисленных за пользование кредитом.

**Отчет по карте (Отчет)** – ежемесячный отчет по Кредитной карте, предоставляемый Банком Клиенту, содержащий информацию о дате и сумме обязательного платежа, доступном лимите и Общей задолженности на Дату Отчета, информацию обо всех операциях по Кредитной карте, проведенных по Счету Кредитной карты за Отчетный период, как он определен в Договоре на выпуск и обслуживание Кредитной карты.

**Очередной период (месяц)** - период времени между Датами Отчета. Очередной период начинается в Дату Отчета, и заканчивается в день, предшествующий следующей Дате Отчета.

**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 (Плата, Плата за участие)** – денежные средства, уплачиваемые Клиентом Банку за участие в Программе страхования.

**Программа добровольного медицинского страхования (Программа ДМС)** – документ, являющийся неотъемлемой частью Договора страхования, в котором определен объем (перечень (виды)) медицинских услуг, оказание которых Страховщик организует и оплачивает по Договору страхования, а также порядок их оказания. Программа ДМС может быть изменена по соглашению между Страховщиком и Страхователем. Программа ДМС размещается на сайте Страховщика ([https://sberbank-insurance.ru/upload/mce/programma\\_dms\\_kk.pdf](https://sberbank-insurance.ru/upload/mce/programma_dms_kk.pdf)).

**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 услуг, предусмотренных Программой ДМС.

**Страховая сумма** – определенная 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 Страховой выплате).

**Система «Сбербанк Онлайн» («Сбербанк Онлайн»)** – удаленный канал обслуживания Банка, автоматизированная защищенная система дистанционного обслуживания Клиента через

---

<sup>1</sup> Правила страхования размещены по ссылке <https://sberbank-insurance.ru/upload/67/6780726b424f96fc39e3659da64e82bb.pdf>

официальный сайт Банка в сети Интернет. Прием Банком через Систему «Сбербанк Онлайн» заявлений на участие в Программе страхования определен в Порядке предоставления ПАО Сбербанк услуг через Удаленные каналы обслуживания (Приложение 1 к Условиям банковского обслуживания) и в Руководстве по использованию «Сбербанк Онлайн», размещаемых на официальном сайте Банка и/или в подразделении Банка.

**Термин «Простая электронная подпись»** (для подписания Заявления на участие в Программе) применяется в Условиях участия в соответствии с Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи» и «Условиями банковского обслуживания физических лиц ПАО Сбербанк».

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

2.1. Участие Клиента в Программе страхования является добровольным. Отказ от участия не является основанием для отказа в предоставлении банковских услуг.

2.2. Участие в Программе страхования осуществляется на основании Заявления Клиента, оформленного в виде электронного документа и подписанного Клиентом с использованием простой электронной подписи в Системе «Сбербанк Онлайн».

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.

2.3. При участии Клиента в Программе страхования Банк организывает страхование Клиента путем ежемесячного заключения Договоров страхования со Страховщиком в случае наличия Общей задолженности по Кредитной карте на Дату Отчета (включительно), указанной в Отчете, в размере не менее 3 000 (Трех тысяч) рублей и при условии списания Платы за участие в Программе страхования.

Договор страхования между Банком и Страховщиком может заключаться в отношении нескольких лиц, в том числе конкретного Клиента.

Сторонами Договора страхования являются Страхователь - Банк и Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни». Клиент является Застрахованным лицом и не является стороной Договора страхования.

Выгодоприобретатели устанавливаются в отношении каждого Застрахованного лица отдельно согласно Заявлению.

2.4. Срок действия Программы страхования, в течение которого Банк организывает страхование Клиента в соответствии с настоящими Условиями, составляет 3 (Три) года с даты подписания Заявления на участие в Программе страхования. Действие Программы страхования заканчивается в связи с истечением срока действия Программы или в связи с досрочным прекращением действия Программы страхования в случаях, указанных в п. 4 Условий участия.

2.5. Клиент информируется:

- Банком об участии в Программе страхования путем направления Клиенту SMS-сообщения об участии Клиента в Программе в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней с даты подписания Заявления, а также о прекращении Программы страхования в случаях, указанных в п. 7.8.4 Заявления, путем направления SMS-сообщения в срок не позднее, чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты закрытия Программы;

- Страховщиком о Программе ДМС путем направления Застрахованному лицу в срок не позднее 6 (шести) рабочих<sup>2</sup> дней с даты уплаты первой Платы за участие по первому Договору страхования, заключенному в рамках участия Клиента в Программе страхования, SMS-сообщения со ссылкой на страницу Страховщика в сети Интернет, на которой размещена Программа ДМС, а так же содержится ссылка на официальный сайт Медицинской организации, которая будет осуществлять медицинские услуги, предусмотренные Программой ДМС, размещенной на сайте Страховщика [https://sberbank-insurance.ru/telemedicine\\_card/](https://sberbank-insurance.ru/telemedicine_card/);

---

<sup>2</sup> Под рабочими днями понимаются дни с понедельника по пятницу, нерабочими днями являются суббота, воскресенье и установленные ст.112 Трудового Кодекса РФ праздничные дни.

- Банком о списании Платы за участие в Программе страхования в Очередном периоде путем размещения в Системе «Сбербанк Онлайн»<sup>3</sup> в течение 10 (десяти) календарных дней с Даты Отчета информации о списании Платы за участие в Программе страхования в Очередном периоде;

- Банком в течении 2 (двух) календарных дней с даты успешного списания Платы за участие в Программе страхования в Очередном периоде об организации заключения в отношении него Договора страхования путем направления SMS сообщения с указанием размера списанной Платы за участие в Программе страхования в Очередном периоде, Срока страхования и размера Страховой суммы в текущем Очередном периоде.

- Банком о причинах не списания Платы за участие в Программе страхования в Очередном периоде и о том, что страхование в Очередном периоде в отношении него не организовано путем направления SMS-сообщения течение 2 (двух) календарных дней с даты последней неуспешной попытки списания.

2.6. Плата за участие в Программе страхования в Очередном периоде должна быть уплачена в полном объеме в течение 8 (восьми) календарных дней с Даты Отчета (не включая эту дату).

2.7. Размер Платы за участие в Программе страхования в Очередном периоде определяется ежемесячно на основании размера Общей задолженности по Кредитной карте на Дату Отчета (включительно), указанную в Отчете, и рассчитывается по следующей формуле: Страховая сумма<sup>4</sup>, определенная Договором страхования, умноженная на тариф за участие в Программе страхования в период действия Программы страхования.

Тариф за участие в Программе страхования в период действия Программы страхования является постоянным и составляет 0,445%<sup>5</sup> от Страховой суммы<sup>11</sup> по Договору страхования, но не более 8 750 (Восьми тысяч семисот пятидесяти) рублей.

2.8. Если в Очередном периоде (месяце) Общая задолженность по Кредитной карте на Дату Отчета (включительно) отсутствует или составляет менее 3 000 (Трех тысяч) рублей или Плата за участие в Программе страхования не была списана в срок, указанный в п. 2.6. Условий, страхование Клиента в таком Очередном периоде (месяце) Банком не организовывается, Договор страхования не заключается.

### 3. ОПИСАНИЕ УСЛОВИЙ 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.

3.2. Страховые случаи и Страховые риски по Договору страхования:

3.2.1. В отношении Клиентов, относящихся к любой(ым) категории(ям) из числа указанных ниже в п. 3.3 Условий, Договор страхования заключается на условиях **БАЗОВОГО страхового покрытия**, которое представляет собой страхование по следующим рискам:

3.2.1.1. **«Смерть от несчастного случая».** Страховым случаем является смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования в результате Несчастного случая.

<sup>3</sup> Возможность размещения информации об уплате Платы за участие в Программе страхования в Системе «Сбербанк Онлайн» будет реализована после 01.12.2019 г.

<sup>4</sup> Определяемой в соответствии с п. 4.1. Заявления на участие в Программе страхования.

<sup>5</sup> Или 0,89% от Общей задолженности по Кредитной карте на Дату Отчета (включительно), указанную в Отчете (включая плату за «Дистанционную медицинскую консультацию» в размере 8,4 руб.).

3.2.1.2. «**Дистанционная медицинская консультация**». Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских услуг, предусмотренных Программой ДМС, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг.

3.2.2. В отношении Клиентов, не относящихся к любой(ым) категории(ям) из числа указанных ниже в п. 3.3 Условий, Договор страхования заключается на условиях **РАСШИРЕННОГО страхового покрытия**, которое представляет собой страхование по следующим рискам:

3.2.2.1. «**Смерть от несчастного случая или заболевания**». Страховым случаем является смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования в результате Несчастного случая или Заболевания.

3.2.2.2. «**Инвалидность 1 группы в результате несчастного случая или заболевания**». Страховым случаем является установление бюро Медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу инвалидности 1 группы в течение срока страхования в результате Несчастного случая или Заболевания.

3.2.2.3. «**Инвалидность 2 группы в результате несчастного случая**». Страховым случаем является установление бюро Медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу инвалидности 2 группы в течение срока страхования в результате Несчастного случая.

3.2.2.4. «**Инвалидность 2 группы в результате заболевания**». Страховым случаем является установление бюро Медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу инвалидности 2 группы в течение срока страхования в результате Заболевания.

3.2.2.5. «**Временная нетрудоспособность**». Страховым случаем является непрерывная временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (непрерывное временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок не менее 16 (шестнадцати) 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).

3.2.2.6. «**Дистанционная медицинская консультация**». Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение Срока страхования за получением медицинских услуг, предусмотренных Программой ДМС, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг.

3.2.3. В отношении Клиентов Банка, относящихся к любой(ым) категории(ям) из числа указанных ниже в пп. 3.3.2 Условий, Договор страхования заключается на условиях **СПЕЦИАЛЬНОГО** страхового покрытия, которое представляет собой страхование по следующему риску:

3.2.3.1. «**Смерть от несчастного случая или заболевания**». Страховым случаем является смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования в результате Несчастного случая или Заболевания;

3.2.3.2. «**Дистанционная медицинская консультация**». Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение Срока страхования за получением медицинских услуг, предусмотренных Программой ДМС, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг.

3.2.4. В отношении Клиентов Банка, относящихся к любой(ым) категории(ям) из числа указанных ниже в пп. 3.3.3 Условий, Договор страхования заключается на условиях **ИНДИВИДУАЛЬНОГО** страхового покрытия, которое представляет собой страхование по следующему риску:

3.2.4.1. «**Смерть от несчастного случая или заболевания**». Страховым случаем является смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования в результате несчастного случая или Заболевания;

3.2.4.2. «**Инвалидность 1 группы в результате несчастного случая или заболевания**». Страховым случаем является установление бюро Медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу

инвалидности 1 группы в течение срока страхования в результате несчастного случая или Заболевания.

3.2.4.3. «Временная нетрудоспособность». Страховым случаем является непрерывная временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (непрерывное временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок не менее 16 (шестнадцати) 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).

3.2.4.4. «Дистанционная медицинская консультация». Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение Срока страхования за получением медицинских услуг, предусмотренных Программой ДМС, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг.»

### **3.3. Категории лиц, в отношении которых Договор страхования заключается на условиях:**

#### **3.3.1. Базового страхового покрытия:**

3.3.1.1. лица, возраст которых на дату подписания Заявления на участие в Программе страхования<sup>13</sup>, составляет менее 18 (восемнадцати) лет или более 70 (семидесяти) полных лет;

3.3.1.2. лица, у которых были диагностированы до даты подписания Заявления на участие в Программе страхования<sup>13</sup> (включая эту дату) следующие Заболевания: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, онкологические Заболевания, цирроз печени;

#### **3.3.2. Специального страхового покрытия:**

3.3.2.1. лица, являющиеся на дату начала Срока страхования, установленную в отношении Застрахованного лица в каждом Договоре страхования, инвалидами 1-й или 2-ей группы;

3.3.2.2. лица, имеющие на дату подписания Заявления на участие в Программе страхования<sup>6</sup> действующее направление на медико-социальную экспертизу.

#### **3.3.3. Индивидуального страхового покрытия:**

3.3.3.1. лица, являющиеся на дату начала Срока страхования, установленную в отношении Застрахованного лица в каждом Договоре страхования, инвалидами 3-ей группы.

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 16 (шестнадцати) календарных дней;

3.4.2. временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок более 16 (шестнадцати) календарных дней, если этот срок не был непрерывным с первого дня нетрудоспособности/первого дня временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица.

3.5. **Срок страхования** устанавливается каждым Договором страхования в отношении каждого Застрахованного лица отдельно на основании информации о дате начала и дате окончания Срока страхования в отношении Застрахованного лица, предоставленной Банком Страховщику.

В качестве **даты начала срока страхования** по всем страховым рискам (за исключением риска «Дистанционная медицинская консультация») указывается Дата Отчета по состоянию на которую образовалась Общая задолженность по Кредитной карте в размере не менее 3 000 (трех тысяч) рублей).

---

<sup>6</sup> Для целей пунктов 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3 настоящих Условий имеется в виду Заявление на участие в той Программе страхования, действие которой начинается со дня, следующего за днем заполнения Заявления и заканчивается в связи с истечением срока действия Программы страхования или в связи с ее досрочным прекращением.

По страховому риску «Дистанционная медицинская консультация»: дата<sup>7</sup>, следующая за датой списания со Счета Кредитной карты Платы за участие в Программе страхования.

В качестве **даты окончания срока страхования** – дата, предшествующая дате следующего Отчета по Кредитной карте. Дата окончания срока страхования является датой окончания действия Договора страхования в отношении Застрахованного лица. В случае досрочного прекращения действия Договора страхования, в том числе в отношении отдельного Застрахованного лица, срок страхования прекращается и страхование прекращает действовать одновременно с прекращением действия Договора страхования.

**3.6. Страховая сумма** устанавливается каждым Договором страхования в отношении каждого Застрахованного лица отдельно, согласно информации о размере страховой суммы, предоставленной Банком Страховщику. Страховая сумма является постоянной в течение срока действия Договора страхования (в Очередном периоде). Страховая сумма устанавливается единой (совокупно) по всем Страховым рискам (за исключением страхового риска «Дистанционная медицинская консультация» - по нему Страховая сумма устанавливается отдельно и равна 4 000 (четырем тысячам) руб.), установленным в отношении Застрахованного лица по Договору страхования. Размер Страховой суммы устанавливается равным размеру двукратной Общей задолженности по Кредитной карте на Дату Отчета (включительно), указанную в Отчете, но не более 2 500 000 (двух миллионов пятисот тысяч) рублей в отношении одного Застрахованного лица.

**3.7. Страховая выплата** по Страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1.1, 3.2.2.1 - 3.2.2.5, 3.2.3.1, 3.2.4.1 - 3.2.4.3. настоящих Условий определяется в следующем порядке:

**3.7.1.** Размер Страховой выплаты по страховым рискам «Смерть от несчастного случая или заболевания», «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;

**3.7.2.** Размер Страховой выплаты по Страховому риску «Инвалидность 2 группы в результате заболевания» устанавливается равным 50% (пятидесяти процентам) от Страховой суммы, определенной в соответствии с п. 3.6 Условий участия и указанной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица;

**3.7.3.** Размер Страховой выплаты по Страховому риску «Временная нетрудоспособность» устанавливается за каждый день Оплачиваемого периода нетрудоспособности равным 0,67 % 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 16-го (шестнадцатого) 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. 3.7.4.2 настоящих Условий.

**3.7.4.** Договором страхования предусмотрены следующие Лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства) по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1.1, 3.2.2.1 - 3.2.2.5, 3.2.3.1, 3.2.4.1 - 3.2.4.3. настоящих Условий:

**3.7.4.1.** 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, 3.2.2.1 - 3.2.2.5, 3.2.3.1, 3.2.4.1 - 3.2.4.3 настоящих Условий, за весь срок страхования по всем произошедшим с таким лицом страховым случаям не может превышать размера Страховой суммы, определенной в соответствии с п. 3.6 Условий участия и указанной

---

<sup>7</sup> Если дата приходится на нерабочий (праздничный) день, то датой начала Срока страхования является ближайший рабочий день, следующий за датой списания Платы за участие в Программе страхования.



в Договоре страхования. При Страховой(ых) выплате(ах) в размере 100% установленной по Договору страхования Страховой суммы в отношении Застрахованного лица обязательства Страховщика в отношении конкретного Застрахованного лица считаются исполненными в полном объеме и действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается на следующий после страховой выплаты день.

3.7.4.2. Максимальное количество календарных дней, за которые производится Страховая выплата в отношении Застрахованного лица по риску **«Временная нетрудоспособность»** составляет 75 (семьдесят пять) календарных дней.

3.7.4.3. По страховому риску **«Временная нетрудоспособность»** Страховая выплата осуществляется только за дни нетрудоспособности, входящие в Оплачиваемый период нетрудоспособности.

3.7.5. При заявлении нескольких событий, имеющих признаки Страхового случая, обязательства Страховщика по Страховой выплате возникают, и Страховая выплата (если она полагается) производится первой 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.

3.8. По Страховому риску **«Дистанционная медицинская консультация»** Страховая выплата определяется и осуществляется в следующем порядке:

3.8.1. Страховщик в счет Страховой выплаты организывает оказание Застрахованному лицу медицинских 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.

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

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

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

3.8.4.1. Страховые выплаты за весь Срок страхования не могут превышать Страховой суммы, определенной в п. 4.2. Заявления на участие в Программе страхования и указанной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица по Страховому риску **«Дистанционная медицинская консультация»**;

3.8.4.2. в случае обращения Застрахованного лица за организацией и оказанием медицинских услуг после того, как стоимость всех ранее организованных и оказанных Застрахованному лицу услуг составила размер Страховой суммы, такие услуги не подлежат организации и оказанию Застрахованному лицу.

3.9. В случае наступления события, имеющего признаки Страхового случая, Застрахованное лицо (представитель/наследник) предоставляет в Банк следующие документы:

3.9.1. В отношении Страховых рисков, указанных в подп. 3.2.1.1, 3.2.2.1, 3.2.3.1, 3.2.4.1 настоящих Условий (с учетом того, что применимо):

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 согласованной Страховщиком и Страхователем форме, которая содержит информацию об Общей задолженности по Кредитной карте на Дату страхового случая (оформляется Банком);

з) 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.

3.9.2. В отношении Страховых рисков, указанных в подп. 3.2.2.2 - 3.2.2.4, 3.2.4.2 настоящих Условий (с учетом того, что применимо):

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) справка из ПФР о назначении пенсии (запрашивается по усмотрению Страховщика (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 согласованной Страховщиком и Страхователем форме, которая содержит информацию об Общей задолженности по Кредитной карте на Дату страхового случая (оформляется Банком);

и) 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.

#### 3.9.3. В отношении Страхового риска «**Временная нетрудоспособность**»:

а) закрытый(ые) листок(ки) 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 предоставляется один раз за весь период нетрудоспособности (период временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица) после его окончания;

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.

#### 3.9.4. В отношении любого страхового риска:

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

б) документы, удостоверяющие личность заявителя и получателя Страховой 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). Не предоставление Заявления на участие в Программе страхования не является основанием для отказа в рассмотрении документов по произошедшему событию, имеющему признаки Страхового случая, и для отказа в Страховой выплате при признании события Страховым случаем.

3.10. В случае непредставления документов из числа указанных в п. 3.9.1 – 3.9.4 настоящих Условий, или если такие документы не содержат достаточную для принятия Страховщиком решения информацию, Страховщик в течение 10 (десяти) рабочих дней информирует заявителя о необходимости предоставления необходимых документов, 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. 3.9.1 – 3.9.4 настоящих Условий, содержащих достаточную для принятия Страховщиком решения информацию.

3.11. По страховому риску «Дистанционная медицинская консультация» в целях получения Застрахованным лицом медицинских услуг, предусмотренных Программой ДМС, Застрахованному лицу необходимо обратиться за получением таких услуг в порядке, определенном в Программе ДМС, условия которой размещены на официальном сайте Страховщика в сети Интернет.

3.12. Документы, перечисленные выше в п.п. 3.9, 3.10, 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).

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

- 3.13.1. умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица;
- 3.13.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 3.13.3. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 3.13.4. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

3.14. Страховщик отказывает в Страховой выплате по следующим основаниям:

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

3.14.2. Договор страхования не был заключен (например, ввиду несогласованности Сторонами его существенных условий).

3.14.3. Событие произошло до начала или после окончания (в том числе досрочного) Срока страхования.

3.14.4. Сумма Страховой выплаты превышает Лимит ответственности (лимит страхового обязательства), установленные Договором страхования. При этом возможен частичный отказ в страховой выплате пропорционально превышению лимита.

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

3.14.6. За Страховой выплатой обратилось лицо, не имеющее право на ее получение

3.14.7. По основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в том числе, когда Страховщик освобожден от страховой выплаты).

3.15. Принятие решения о признании события, имеющего признаки Страхового случая, Страховым случаем и об осуществлении Страховой выплаты находится в компетенции Страховщика.

3.16. Страховщик принимает решение по Страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1.1, 3.2.2.1 – 3.2.2.5, 3.2.3.1, 3.2.4.1 - 3.2.4.3. 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 в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения последнего из документов, указанных в п.п. 3.9, 3.10 настоящих Условий. По страховому риску «Временная нетрудоспособность» выплата производится после окончания периода нетрудоспособности/временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица (и получения Страховщиком всех необходимых документов, предусмотренных настоящими Условиями). Решение об отказе в страховой выплате по страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1.1, 3.2.2.1 – 3.2.2.5, 3.2.3.1, 3.2.4.1 - 3.2.4.3. настоящих Условий, Страховщик принимает в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения

Страховщиком последнего из всех необходимых документов (в т.ч. запрошенных Страховщиком дополнительно) и в тот же срок направляет Выгодоприобретателю письмо с обоснованием отказа.

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

4.1. Участие Клиента в Программе страхования прекращается в связи с истечением срока действия Программы страхования или в связи с досрочным прекращением действия Программы страхования по инициативе Банка или Клиента. Страхование по Договору страхования, заключенному в период действия Программы, продолжает действовать до окончания Срока страхования, определенного в Договоре страхования.

4.2. По инициативе Клиента действие Программы страхования может быть прекращено досрочно на основании письменного заявления Клиента-Застрахованного лица, предоставленного в любое 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, подпись клиента с расшифровкой, дату подписания. При этом возврат Клиенту в полном размере последней уплаченной Платы за участие в Программе страхования<sup>8</sup>, производится Банком только в случае подачи Клиентом в Банк заявления в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты, следующей за датой подписания Заявления на участие в Программе страхования и/или 7 (семи) календарных дней с даты, следующей за датой списания Платы за участие в Программе страхования в последнем оплаченном Очередном периоде. Договор страхования в этом случае в отношении Клиента не заключается, участие Клиента в Программе страхования прекращается со дня, следующего за днем обращения. В иных случаях<sup>9</sup> Договор страхования (по которому была уплачена Плата за участие в Программе страхования), заключенный в Очередном периоде, в который было подано заявление, продолжает действовать до окончания срока страхования, определенного Договором страхования.

4.3. По инициативе Банка участие Клиента в Программе страхования может быть прекращено досрочно в случае:

- 4.3.1. достижения Клиентом предельного возраста (74 года);
- 4.3.2. нарушения Клиентом условий Договора на выпуск и обслуживание Кредитной карты или прекращения срока действия такого договора;
- 4.3.3. приостановления по счету Кредитной карты операций в соответствии с Условиями использования банковских карт ПАО Сбербанк;
- 4.3.5. принятия Банком решения о прекращении действия Программы (закрытии Программы). В данном случае Банк обязан разместить информацию о прекращении действия Программы на официальном сайте Банка и направить SMS-сообщения Клиентам, участвующим в Программе, о прекращении действия Программы.

Адрес, по которому Страховщик осуществляется прием документов при наступлении событий, имеющих признаки Страхового случая: 121170, г. Москва, ул. Поклонная, д.3, корп.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».

---

<sup>8</sup> Проценты, начисленные Банком на сумму уплаченной Платы за участие (по Счету Кредитной карты), возврату не подлежат.

<sup>9</sup> При подаче Заявления об отказе от участия в Программе по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней с даты, следующей за датой подписания Заявления на участие в Программе страхования, по истечении 7 (семи) календарных дней с даты, следующей за датой списания Платы за участие в Программе страхования в Очередном периоде.

## **КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

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

Адрес места нахождения Страховщика (офис): 121170, г. Москва, ул. Поклонная, д.3, корп.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>10</sup>: 8 800 555 55 95 (звонки по России бесплатно).

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>10</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 электронным сообщениями («мессенджеры»)) и (или) SMS-сообщения и (или) посредством сети «Интернет».