

## Условия<sup>1</sup> участия

**в ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ С РИСКОМ «ДИАГНОСТИРОВАНИЕ ОСОБО ОПАСНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ» ДЛЯ ВЛАДЕЛЬЦЕВ КРЕДИТНЫХ КАРТ** (применяются в отношении лиц, подавших Заявление на участие в Программе страхования, начиная с «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.)

Настоящие Условия участия в Программе страхования жизни и здоровья с риском «Диагностирование особо опасного заболевания» для владельцев кредитных карт (далее – Условия участия, Условия) определяют порядок участия Клиента в Программе страхования жизни и здоровья с риском «Диагностирование особо опасного заболевания» для владельцев кредитных карт (далее – Программа страхования, Программа).

Программа страхования:

✓ предназначена для лиц, возраст которых на дату подписания Заявления на участие в Программе страхования составляет не менее 18 (восемнадцать) лет и не более 69 (шестидесяти девяти) полных лет включительно. Банк вправе предлагать лицам, возраст которых не соответствует указанным значениям, участие в иных программах добровольного страхования;

✓ рекомендована для лиц, у которых до даты начала срока страхования НЕ имелись (-ются) следующие заболевания: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, злокачественные онкологические заболевания, цирроз печени.

### 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.

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

**Банковская карта** – кредитная или дебетовая карта, выпущенная на имя Клиента, со счета которой осуществляется списание Платы за участие в Программе страхования на основании поручения Клиента, номер счета которой указывается в Заявлении на участие в Программе страхования.

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

**Временная нетрудоспособность (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица)** – непрерывная 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. Настоящее определение применяется при страховании по страховому риску «Временная нетрудоспособность».

**Временная нетрудоспособность по причине ухода за больным членом семьи** – временная утрата Застрахованным лицом способности осуществлять трудовую или иную деятельность по причине необходимости осуществлять уход за больным членом семьи. Настоящее определение применяется при страховании по страховому риску «Временная нетрудоспособность по причине ухода за больным членом семьи».

**Дата проверки<sup>2</sup>** – число, определенное в Заявлении на участие, приходящееся на каждый календарный месяц участия Клиента в Программе страхования, на которое Банком определяется наличие/отсутствие Общей задолженности по Кредитной карте.

---

<sup>1</sup> Все каналы.

<sup>2</sup> Если указанное число отсутствует в очередном календарном месяце, то в качестве Даты проверки будет использоваться первое число следующего за ним календарного 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;
- по страховому риску **«Первичное установление инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания»** – это дата установления инвалидности согласно документу, выданному Застрахованному лицу федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы;
- по страховому риску **«Несчастный случай или заболевание, повлекший(ее) первичное установление инвалидности 1 или 2 группы»** - это дата **несчастного случая**, указанная в документе, выданном органом или учреждением МВД России, МЧС России, прокуратурой, федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, лечебно-профилактическим или особого типа учреждением здравоохранения или иным компетентным органом власти / учреждением /лицом, компетентной организацией (протокол, постановление, справка, определение, акт, материалы и результаты расследований и др.) или **дата первичного диагностирования заболевания**, указанная в документе, выданном лечебно-профилактическим или особого типа учреждением здравоохранения или частными врачом, 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 **«Диагностирование особо опасного заболевания»** - это дата первичного диагностирования у Застрахованного лица в течение срока страхования инсульта, инфаркта миокарда или злокачественного онкологического заболевания;
- по страховому риску **«Временная нетрудоспособность по причине ухода за больным членом семьи»** – это дата, соответствующая первому дню нетрудоспособности Застрахованного лица (т.е. дата открытия первого листка нетрудоспособности, оформленного Застрахованному лицу в течение срока страхования Медицинской организацией как Лицу, осуществляющему уход за больным членом семьи).

**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.

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

**Заявление на участие в Программе страхования (Заявление)** – документ на бумажном носителе, подписанный собственноручной подписью Клиента, или электронный документ,

подписанный Клиентом с использованием простой электронной подписи в Системе «Сбербанк Онлайн» / Мобильном рабочем месте.

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

**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** Застрахованному лицу на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов) **впервые** в течение срока страхования. В определение «злокачественное онкологическое заболевание» в том числе включается: лейкемия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркома. Заболевания, указанные в п. 3.5. 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). Инфаркт должен быть **впервые диагностирован** у Застрахованного лица в течение срока страхования. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом при обязательном наличии не менее двух 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.

**Инсульт** - 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 оболочки (геморрагический инсульт). Инсульт должен привести к впервые возникшим стойким необратимым неврологическим нарушениям. Оценка неврологических нарушений может быть произведена не ранее, чем через 3 месяца после инсульта. Инсульт должен быть **впервые диагностирован** у Застрахованного лица в течение срока страхования. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом, инструментальными методами исследования, такими как компьютерная томография (КТ) и/или магнитно-резонансная томография (МРТ).

**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** – Клиент Банка 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).

**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/NFC-карты (как она определена Договором на выпуск и обслуживание Кредитной карты).

**Лицо, осуществляющее уход за больным членом семьи** – физическое лицо, фактически осуществляющий уход за больным членом семьи на основании листа нетрудоспособности, выданного Медицинской организацией.

**Медицинская организация** - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы (или индивидуальный предприниматель), имеющее в соответствии с законодательством РФ о лицензировании лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности.

**Мобильное рабочее место работника Банка (Мобильное рабочее место)** – устройство и автоматизированная защищенная система, позволяющая работнику Банка обслужить Клиента, как в Подразделении Банка, так и за его пределами.

**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 проверки (Общая задолженность)** – сумма общей задолженности Клиента на Дату проверки (включительно).

**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.

**Особо опасное заболевание** - предусмотренное Правилам страхования и указанное в договоре страхования заболевание или состояние, впервые диагностированное Застрахованному лицу в течение срока страхования. При этом по смыслу настоящего определения не является впервые диагностированным в течение срока страхования заболевание или состояние, если в период, предшествующий началу срока страхования, в медицинской документации имеются записи, подтверждающие данный диагноз результатами медицинских исследований, характерных для диагностирования данного заболевания или состояния.

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

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

**Первичное установление инвалидности** – факт признания федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы Застрахованного лица инвалидом 1 или 2 группы впервые в жизни Застрахованного лица (в том числе под первичным установлением инвалидности считается смена группы инвалидности в сторону увеличения или уменьшения ее степени в течение срока страхования).

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

**Система «Сбербанк Онлайн» («Сбербанк Онлайн»)** – удаленный канал обслуживания Банка, автоматизированная защищенная система дистанционного обслуживания Клиента через 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 физических лиц ПАО Сбербанк) и в Руководстве по использованию «Сбербанк Онлайн», размещаемых на официальном сайте Банка и/или в подразделении Банка.

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

**Страховая выплата** – сумма денежных средств, которую Страховщик обязуется выплатить Выгодоприобретателю при наступлении события, признанного Страховым случаем.

**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>3</sup> и Договором страхования (при отсутствии оснований для отказа в Страховой выплате).

**Push-уведомление** – сообщение, отправляемое Банком с использованием сети Интернет на мобильное устройство с установленным на нем мобильным приложением<sup>4</sup> Банка. Push-уведомление отображается на экране мобильного устройства в виде всплывающего уведомления и может быть впоследствии просмотрено в мобильном приложении Банка.

**SMS-сообщение** – текстовое сообщение, направляемое Банком на номер(-а) мобильного телефона (-ов) Клиента.

Термин «Простая электронная подпись» применяется 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 (включение в число Застрахованных лиц) осуществляется на основании письменного Заявления на участие в Программе страхования, предоставленного в Банк в виде документа на бумажном носителе в подразделении Банка

---

<sup>3</sup> Правила страхования размещены по ссылке <https://sberbank-insurance.ru/up/pravila08501.pdf>

<sup>4</sup> Приложение (программное обеспечение) для мобильного устройства, предоставляющее Клиенту возможность доступа к Системе «Сбербанк Онлайн».

или оформленного в виде электронного документа и подписанного Простой электронной подписью в соответствии с Правилами электронного взаимодействия (Приложение № 3) к Условиям банковского обслуживания физических лиц ПАО Сбербанк с использованием Мобильного рабочего места работника Банка или 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 проверки (включительно) 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.

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

**2.4.** Банк организывает страхование Клиента до момента прекращения участия Клиента в Программе страхования по инициативе Клиента или Банка. Программа страхования состоит из **ТРЕХ этапов**. Действие Программы страхования заканчивается в случаях, указанных в п. 4 Условий участия.

**2.5. Клиент проинформируется Банком:**

- об участии в Программе страхования путем направления Клиенту SMS-сообщения/Push-уведомления об участии Клиента в Программе в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней с даты подписания Заявления, а также о прекращении Программы страхования путем направления SMS-сообщения/Push-уведомления;

- о списании Платы за участие по Программе страхования в Очередном периоде путем размещения в Системе «Сбербанк Онлайн» в течение 10 (десяти) календарных дней с Даты проверки информации о списании Платы за участие в Программе страхования в Очередном периоде;

- 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/Push-уведомления в течение 2 (двух) календарных дней с даты последней неуспешной попытки списания Платы;

- о повышении размера тарифа при переходе с ПЕРВОГО на ВТОРОЙ этап участия в Программе страхования, путем направления SMS-сообщения/Push-уведомления в течение 10 (десяти) календарных дней с 4-го (четвертого) месяца с даты подписания Заявления;

- о повышении размера тарифа при переходе с ПЕРВОГО на ТРЕТИЙ этап участия в Программе страхования, путем направления SMS-сообщения/Push-уведомления в течение 10 (десяти) календарных дней.

**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 проверки (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 проверки (включительно) и рассчитывается по следующей формуле: *Страховая сумма, определенная Договором страхования, умноженная на соответствующий тариф (пп. 2.7.1, пп. 2.7.2, пп. 2.7.3. Условий) за участие в Программе страхования в период действия Программы страхования.*

**Тариф за участие** в Программе страхования в период действия Программы страхования является изменяемым и **составляет**:

- 2.7.1. **ПЕРВЫЙ ЭТАП** Программы страхования - 1,1%<sup>5</sup> от Страховой суммы, определенной в отношении Застрахованного лица в Договоре страхования;
- 2.7.2. **ВТОРОЙ ЭТАП** Программы страхования - 1,15%<sup>6</sup> от Страховой суммы, определенной в отношении Застрахованного лица в Договоре страхования;  
В случае если Очередной период, по которому возникли условия для списания Платы за участие в Программе страхования, начался на первом этапе в третьем календарном месяце с даты подписания настоящего Заявления, и часть Очередного периода приходится на четвертый календарный месяц с даты подписания настоящего Заявления, к соответствующему Очередному периоду применяется тариф за участие в Программе страхования для первого этапа участия в Программе страхования.
- 2.7.3. **ТРЕТИЙ ЭТАП** Программы страхования - 1,15%<sup>7</sup> от Страховой суммы, определенной в отношении Застрахованного лица в Договоре страхования.  
В случае если Очередной период, по которому возникли условия для списания Платы за участие в Программе страхования, начался на первом этапе, и часть Очередного периода приходится на третий этап, к соответствующему Очередному периоду применяется тариф за участие в Программе страхования для первого этапа участия в Программе страхования.

**2.8.** Если в Очередном периоде (месяце) Общая задолженность по Кредитной карте на Дату проверки (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:

---

<sup>5</sup> Или 2,2% от Общей задолженности по Кредитной карте на Дату проверки (включительно).

<sup>6</sup> Или 2,3% от Общей задолженности по Кредитной карте на Дату проверки (включительно).

<sup>7</sup> Или 2,3% от Общей задолженности по Кредитной карте на Дату проверки (включительно).

**3.2.1. ПЕРВЫЙ ЭТАП** Программы страхования (начало Очередного периода **в первые три месяца** с даты подписания Заявления на участие в Программе страхования: для лиц, возраст которых на дату подписания Заявления на участие в Программе страхования и дату начала Срока страхования по Договору страхования составляет не менее 18 лет и не более 69 полных лет включительно):

3.2.1.1. Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных Условиями, является смерть Застрахованного лица, наступившая в течение Срока страхования (страховой риск – **«Смерть»**);

3.2.1.2. Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных Условиями, является Первичное установление Застрахованному лицу федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы в течение срока страхования инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания (страховой риск **«Первичное установление инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания»**);

3.2.1.3. Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных Условиями, является несчастный случай, произошедший с Застрахованным лицом в течение срока страхования, или диагностирование в течение срока страхования впервые в жизни у Застрахованного лица заболевания, повлекший(его) установление Застрахованному лицу федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы инвалидности 1 или 2 группы после окончания срока страхования и в срок **не более 1 (одного) года с даты несчастного случая или диагностирования заболевания** (страховой риск **«Несчастный случай или заболевание, повлекший(ее) первичное установление инвалидности 1 или 2 группы»**);

3.2.1.4. Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных Условиями, является непрерывная Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (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 с Застрахованным лицом, или заболевания, диагностированного Застрахованному лицу в течение срока страхования (страховой риск - **«Временная нетрудоспособность»**);

3.2.1.5. Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных Условиями, является Временная нетрудоспособность по причине ухода за больным членом семьи, начавшаяся в течение срока страхования, подтвержденная листком нетрудоспособности, выданным Застрахованному лицу Медицинской организацией как Лицу, осуществляющему уход за больным членом семьи (страховой риск **«Временная нетрудоспособность по причине ухода за больным членом семьи»**).

**3.2.2. ВТОРОЙ ЭТАП** Программы страхования (начало Очередного периода начиная с **четвертого календарного месяца с даты** подписания Заявления на участие): для лиц, возраст которых на дату подписания Заявления на участие в Программе страхования и дату начала Срока страхования по очередному Договору страхования составляет не менее 18 лет и не более 69 полных лет включительно.

3.2.2.1. «Смерть»;

3.2.2.2. «Первичное установление инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания»;

3.2.2.3. «Временная нетрудоспособность»;

3.2.2.4. «Временная нетрудоспособность по причине ухода за больным членом семьи»;



3.2.2.5. Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных Соглашением, является Первичное диагностирование у Застрахованного лица в течение срока страхования инсульта, инфаркта миокарда или злокачественного онкологического заболевания (страховой риск - «**Диагностирование особо опасного заболевания**»).

**3.2.3. ТРЕТИЙ ЭТАП Программы страхования:** для лиц, возраст которых на дату начала Срока страхования по очередному Договору страхования, составляет 70 лет и более:

3.2.3.1. Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхования, установленных Соглашением, является смерть Застрахованного лица, наступившая в течение Срока страхования в результате Несчастного случая (страховой риск «**Смерть от несчастного случая**»).

**3.3. Не являются Страховыми случаями и не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить Страховую выплату (ИСКЛЮЧЕНИЯ из страхования) события, наступившие при следующих обстоятельствах:**

3.3.1. по страховому риску «**Смерть**»:

- смерть застрахованного лица по причине следующего(их) заболевания(й), ранее диагностированного(ых) у Застрахованного лица до даты начала срока страхования (установленную в отношении Застрахованного лица в Договоре страхования): ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, злокачественные онкологические заболевания, цирроз печени;

3.3.2. по страховому риску «**Первичное установление инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания**»:

- установление застрахованному лицу инвалидности 1 или 2 группы по причине следующего(их) заболевания(й), ранее диагностированного(ых) у Застрахованного лица до даты начала срока страхования (установленную в отношении Застрахованного лица в Договоре страхования): ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, злокачественные онкологические заболевания, цирроз печени;
- не первичное (не впервые в жизни) установление инвалидности 1 или 2 группы.

3.3.3. по Страховому риску «**Временная нетрудоспособность**»:

- Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок менее 16 (шестнадцати) календарных дней;
- Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (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;
- Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица), наступившая по причине следующих заболевания(й), ранее диагностированного(ых) у Застрахованного лица до даты начала срока страхования (установленную в отношении Застрахованного лица в Договоре страхования): ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, злокачественные онкологические заболевания, цирроз печени.

3.3.4. по страховому риску «**Диагностирование особо опасного заболевания**»:

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

3.3.4.2. 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;

3.3.4.3. диагностирование следующих заболеваний:

3.3.4.1. Злокачественной опухоли кожи и 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;

3.3.4.2. Злокачественной опухоли предстательной железы стадии T1 (включая T1a и T1б) по классификации TNM;

3.3.4.3. Карциномы in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN- 3), а также любые опухоли гистологически описанные как предраковые заболевания;

3.3.4.4. Базальноклеточной карциномы или плоскоклеточной карциномы;

3.3.4.5. Хронического лимфоцитарного лейкоза стадии A (по классификации Binet) или стадии I (по классификации RAJ);

3.3.4.6. Папиллярного рака щитовидной железы;

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

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

3.3.4.9. 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);

3.3.4.10. Стабильной/нестабильной стенокардии;

3.3.4.11. Транзиторной ишемической атаки;

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

3.3.4.13. Травматического повреждения головного мозга или сосудов головного мозга;

3.3.4.14. Лакунарного инсульта без неврологической симптоматики.

3.3.4.4 не первичное диагностирование заболевания.

3.3.4.5. диагностирование заболевания, наступившего по причине следующего(их) заболевания(й), ранее диагностированного(ых) у Застрахованного лица до даты начала срока страхования (установленную в отношении Застрахованного лица в Договоре страхования): ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, злокачественные онкологические заболевания, цирроз печени.

**3.4. 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, установленным в отношении Застрахованного лица, указывается Дата проверки, по состоянию на которую Банк определил Общую задолженность по Кредитной карте в размере не менее 3 000 (трех тысяч) рублей).

В качестве **даты окончания Срока страхования** – дата, предшествующая следующей Дате проверки 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.

**3.5. 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, установленным в отношении Застрахованного лица по Договору страхования. Размер Страховой суммы устанавливается равным размеру двукратной Общей задолженности по Кредитной карте на Дату проверки (включительно), но не более 2 500 000 (двух миллионов пятисот тысяч) рублей в отношении одного Застрахованного лица.

**3.6. Страховая выплата** по страховым случаям, наступившим по Страховым рискам, указанным в п. 3.2 Условий, определяется в следующем порядке:

3.6.1. размер Страховой выплаты по страховым рискам **«Смерть», «Смерть от несчастного случая», «Диагностирование особо опасного заболевания»** устанавливается равным 100% (ста процентам) Страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица согласно п. 3.5. Условий;

3.6.2. размер Страховой выплаты по страховым рискам **«Первичное установление инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания», «Несчастный случай или заболевание, повлекший(ее) первичное установление инвалидности 1 или 2 группы»** устанавливается равным 100% (ста процентам) Страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица согласно п. 3.5. Условий;

3.6.3. 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 согласно п. 3.5. Условий, но не более 2 000 (двух тысяч) рублей за каждый день Оплачиваемого периода нетрудоспособности. Оплачиваемым периодом нетрудоспособности является период с 1-го (первого) дня нетрудоспособности по последний день нетрудоспособности включительно.

Максимальное количество календарных дней нетрудоспособности, за которые производится Страховая выплата в отношении Застрахованного лица, составляет 75 (семьдесят пять) дней за весь Срок страхования, установленный в отношении Застрахованного лица в Договоре страхования.

3.6.4. размер страховой выплаты по Страховому риску **«Временная нетрудоспособность по причине ухода за больным членом семьи»** устанавливается равным 0,67 % от Страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица согласно п. 3.5. Условий, но не более 2 000 (двух тысяч) рублей за каждый день нетрудоспособности, начиная с 1-го дня нетрудоспособности по последний день нетрудоспособности (включительно).

Максимальное количество календарных дней нетрудоспособности, за которые производится Страховая выплата в отношении Застрахованного лица, составляет 21 (двадцать один) день за весь срок страхования, установленный в отношении Застрахованного лица в Договоре страхования.

3.6.5. Договором Страхования предусмотрены следующие Лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства) по страховым рискам, указанным в Условиях:

3.6.5.1. Размер Страховых выплат совокупно по всем Страховым рискам, установленным Договором страхования в отношении Застрахованного лица

указанных в Условий, за весь Срок страхования по всем произошедшим с таким лицом Страховым случаям не может превышать размера Страховой суммы, определенной в соответствии с п. 3.5 Условий участия и указанной 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.

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

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

3.6.6.3. Максимальное количество календарных дней, за которые производится Страховая выплата в отношении Застрахованного лица по риску «**Временная нетрудоспособность по причине ухода за больным членом семьи**» составляет 21 (двадцать один) день за весь Срок страхования, установленный в отношении Застрахованного лица в Договоре страхования.

3.6.6. 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.

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

3.7.1. В отношении Страховых рисков «**Смерть**», «**Смерть от несчастного случая**» (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) 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.

д) оригинал (или электронный документ, подписанный электронной подписью Страхователя) справки-расчета по установленной Страховщиком форме, которая содержит информацию о Общей задолженности Застрахованного лица по Кредитной карте на Дату Страхового случая (оформляется Страхователем). Допускается предоставление Страхователем информации в электронной форме в формате реестра, согласованного Сторонами, подписанного электронной подписью Страхователя. Страхователь предоставляет информацию на основании зарегистрированных страховых случаев в автоматизированной системе Страховщика.

е) если событие произошло в результате несчастного случая:

- акт о несчастном случае на производстве по форме Н1;
- 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.

**3.7.2. В отношении Страховых рисков «Первичное установление инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания» и «Несчастный случай или заболевание, повлекший(ее) первичное установление инвалидности 1 или 2 группы» (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)** 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;

**г)** если событие произошло в результате болезни:

- 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;

- выписка из медицинской карты Застрахованного лица за 5 (пять) лет, предшествующих вступлению договора страхования в силу, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях или копия медицинской карты амбулаторного или стационарного больного, надлежащим образом заверенная. Указанные документы должны содержать в том числе

точные даты установления диагнозов, результаты дополнительных методов исследования, назначенное и проводимое лечение (включая сроки) заболевания и/или состояния;

д) если событие произошло в результате несчастного случая:

- акт о несчастном случае на производстве по форме Н1;

- 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.

е) оригинал (или электронный документ, подписанный электронной подписью Страхователя) справки-расчета по установленной Страховщиком форме, которая содержит информацию о Общей задолженности Застрахованного лица по Кредитной карте на Дату Страхового случая (оформляется Страхователем). Допускается предоставление Страхователем информации в электронной форме в формате реестра, согласованного Сторонами, подписанного электронной подписью Страхователя. Страхователь предоставляет информацию на основании зарегистрированных страховых случаев в автоматизированной системе Страховщика.

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

а) копия закрытого(ых) или открытого(ых) листка(ков) нетрудоспособности, заверенная(ые) отделом по работе с персоналом работодателя Застрахованного лица или иным уполномоченным лицом работодателя Застрахованного лица. 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.

### **3.7.4. В отношении Страхового риска «Временная нетрудоспособность по причине ухода за больным членом семьи»:**

а) копия закрытого(ых) или открытого(ых) листка(ков) нетрудоспособности, заверенная(ые) отделом по работе с персоналом работодателя Застрахованного лица или иным уполномоченным лицом работодателя Застрахованного лица. Данный документ может представляться за весь период нетрудоспособности или

периодически по мере получения Застрахованным лицом, но не чаще чем один раз в месяц.

**3.7.5. В отношении Страхового риска «Диагностирование особо опасного 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 (или электронный документ, подписанный электронной подписью Страхователя) справки-расчета по установленной Страховщиком форме, которая содержит информацию о Общей задолженности Застрахованного лица по Кредитной карте на Дату Страхового случая (оформляется Страхователем). Допускается предоставление Страхователем информации в электронной форме в формате реестра, согласованного Сторонами, подписанного электронной подписью Страхователя. Страхователь предоставляет информацию на основании зарегистрированных страховых случаев в автоматизированной системе Страховщика.

**3.7.6. В отношении любого Страхового риска, указанного в Условиях:**

- 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)** 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.

**3.8.** В случае непредставления документов из числа указанных в п. 3.7.1 – 3.7.6. 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. 3.7.1 – 3.7.6. настоящих Условий, содержащих достаточную для принятия Страховщиком решения информацию.

**3.9.** Документы, перечисленные выше в п.п. 3.7., 3.8. настоящих Условий, 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).

Заявление на Страховую выплату может быть подписано в подразделении Банка простой электронной подписью Клиента в соответствии с Правилами электронного взаимодействия (Приложение № 3 к Условиям банковского обслуживания физических лиц ПАО Сбербанк, размещенных по ссылке <https://www.sberbank.ru/ru/person/udbo>).

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

- 3.10.1. умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица;
- 3.10.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 3.10.3. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 3.10.4. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

**3.11. Страховщик отказывает** в Страховой выплате по следующим основаниям:

- 3.11.1. Произошедшее событие не является Страховым случаем, т.е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен Договор страхования.
- 3.11.2. Договор страхования не был заключен (например, ввиду несогласованности Сторонами его существенных условий).
- 3.11.3. Событие произошло до начала или после окончания (в том числе досрочного) Срока страхования.
- 3.11.4. Сумма Страховой выплаты превышает Лимит ответственности (лимит страхового обязательства), установленные Договором страхования. При этом возможен частичный отказ в страховой выплате пропорционально превышению лимита.
- 3.11.5. Событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по Договору страхования.
- 3.11.6. За Страховой выплатой обратилось лицо, не имеющее право на ее получение.
- 3.11.7. По основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в том числе, когда Страховщик освобожден от Страховой выплаты).

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

**3.13. Страховщик принимает решение 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. 3.7., 3.8. настоящих Условий.

Решение об отказе в Страховой выплате 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 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 на основании письменного заявления Клиента-Застрахованного лица, предоставленного в любое подразделение Банка при личном обращении. Указанное заявление может быть подписано простой электронной подписью в соответствии с Правилами электронного взаимодействия (Приложение № 3 к Условиям банковского обслуживания физических лиц ПАО Сбербанк, размещенных по ссылке <https://www.sberbank.ru/ru/person/udbo>). Направление заявления по почте или с использованием других каналов связи не допускается. Данное заявление обязательно должно содержать фамилию, имя, отчество, данные документа, удостоверяющего личность 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 в случае:

4.3.1. приостановление операций по счету Кредитной карты/блокировки Кредитной карты в соответствии с условиями Договора на выпуск и обслуживание Кредитной карты или нарушения Клиентом указанного договора, или прекращения/расторжения такого договора по любой причине;

4.3.2. по счету Банковской карты (по счетам всех Банковских карт, если в Заявлении на участие в Программе страхования указаны несколько счетов), с которой(-ых) осуществляется списание Платы за участие в Программе страхования, приостановлены операции/карта(ы) заблокирована(-ы) в соответствии с соответствующим Договором на выпуск и обслуживание банковской карты или Договор на выпуск и обслуживание карты прекратился в связи с закрытием счета(-ов) карты(карт);

4.3.3. принятия Банком решения о прекращении действия Программы (закрытии Программы) с обязательным размещением информации о закрытии Программы на официальном сайте Банка и уведомлением SMS-сообщением/Push-уведомлением (в срок не позднее, чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты закрытия Программы страхования) Клиентов, участвующих в Программе, о прекращении действия Программы. Страхование по Договорам страхования, заключенным в период действия Программы, продолжает действовать до окончания срока страхования, определенного в Договорах страхования;

4.3.4. списание Платы за участие в Программе страхования не проходит успешно более 3 (трех) Очередных периодов, в которых срабатывают условия Программы страхования (в случае наличия по карте Общей задолженности на Дату проверки (включительно), в размере не менее 3 000 (трех тысяч) рублей);

4.3.5. Клиентом было отменено Поручение на списание Платы за участие в Программе страхования.

---

<sup>8</sup> Проценты, начисленные Банком на сумму уплаченной Платы за участие, возврату не подлежат, если сумма Платы за участие в Программе страхования списывалась со Счета Кредитной карты).

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

## **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.

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».

При наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, просьба обращаться в ООО СК «Сбербанк страхование жизни» по тел.<sup>10</sup>: 900 (бесплатный номер для звонков с мобильных по России), + 7 (495) 500 55 50 (номер для звонков из любой точки мира; бесплатный по Москве, платный в иных случаях).

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 электронными сообщениями («мессенджеры»)) и (или) SMS-сообщения/Push-уведомления и (или) посредством сети «Интернет».