

**Условия участия в программе коллективного добровольного страхования
жизни и здоровья держателей кредитных карт**
(применяются в отношении лиц, подписавших заявление на участие в программе
начиная
с)

Настоящие Условия участия в программе коллективного добровольного страхования жизни и здоровья держателей кредитных карт (далее – Условия) определяют порядок участия Клиента Банка в программе коллективного добровольного страхования жизни и здоровья держателей 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.

Застрахованное лицо – физическое лицо (клиент Банка), в отношении которого заключен Договор страхования.

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, приходящаяся на каждый календарный месяц, в которую ежемесячно 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 заключения Договора на выпуск и обслуживание кредитной карты. Если в очередном календарном месяце отсутствует число, являющееся Датой отчета согласно вышеуказанным условиям, то Датой отчета в таком месяце является последний 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).

Договор на выпуск и обслуживание кредитной карты – договор на выпуск и обслуживание кредитной карты ПАО Сбербанк, в рамках которого открывается Счета для учета операций с использованием карты и предоставление клиенту возобновляемой кредитной линии для проведения операций по карте, на основании которого Банк предоставляет Застрахованному лицу Кредит для совершения операций с использованием Кредитной карты/реквизитов Кредитной карты, и реквизиты которого указаны в Заявлении на участие в Программе страхования.

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

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

Кредитная карта – электронное средство платежа, используемое для совершения Клиентом Банка 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 Банка) в пределах установленного Договором на выпуск и обслуживание кредитной карты лимита и на условиях, предусмотренных Договором на выпуск и обслуживание кредитной карты.

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

Лимит ответственности (лимит страхового обязательства) – максимальный размер Страховой выплаты, установленный Договором страхования по страховому(ым) риску (ам). Лимиты ответственности устанавливаются 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 ПАО Сбербанк максимальная сумма, в пределах которой Клиенту могут быть предоставлены кредитные средства (единовременно или частями) для совершения операций с использованием карты/реквизитов карты/NFC-карты.

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 по Договору на выпуск и обслуживание кредитной карты на Дату отчета (включительно), указанная в Отчете, за вычетом указанной в Отчете суммы комиссий Банка.

Общая задолженность по кредитной карте на Дату страхового случая – задолженность Клиента Банка 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, - и не включающая в себя комиссии и иные суммы, подлежащие уплате Клиентом Банка в соответствии с условиями Договора на выпуск и обслуживание кредитной карты.

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

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 своему 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 карты за Отчетный период, как он определен в Договоре на выпуск и обслуживание кредитной карты.

Очередной период - 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 – сумма денежных средств за участие в Программе страхования, перечисляемая ежемесячно со счета банковской карты Клиента на основании поручения Клиента, содержащегося в Заявлении на участие в Программе страхования, при наличии Общей задолженности по Кредитной карте на Дату отчета в размере не менее 3 000 (трех тысяч) рублей.

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

Счет (Счет банковской карты) – счет банковской карты, указанный в Заявлении на участие в Программе страхования для целей перечисления Платы за участие в Программе страхования на основании поручения Клиента.

1. УЧАСТИЕ КЛИЕНТА БАНКА В ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ

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

2.2. Участие в Программе страхования осуществляется на основании письменного заявления Клиента Банка, предоставленного в Банк (далее и выше по тексту – Заявление на участие в Программе страхования, Заявление). В случае изменения сведений, указанных в

¹ Правила страхования размещены по ссылке <https://www.sberbank-insurance.ru/upload/eb/eb61ad528919cda4342002c4da897b87.pdf>

Заявлении, Клиент Банка обязан незамедлительно уведомить об этом Банк в письменной форме. При этом внесение изменений в Заявление не требуется.

2.3. При участии Клиента Банка в Программе страхования Банк организывает страхование Клиента Банка путем ежемесячного заключения Договоров страхования со Страховщиком в случае наличия Общей задолженности по Кредитной карте на Дату отчета в размере не менее 3 000 (трех тысяч) рублей и при условии перечисления со Счета Платы за участие в Программе страхования.

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

Сторонами Договора страхования являются Страхователь - Банк и Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни». Клиент Банка 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. Срок действия Программы страхования, в течение которого Банк организывает страхование Клиента Банка 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.

2.5. Клиент Банка будет проинформирован Банком об участии в Программе страхования путем направления Клиенту СМС-сообщения об участии Клиента Банка в Программе в срок не позднее 2 (двух) календарных дней с даты подписания Заявления.

2.6. Плата за участие в Программе страхования перечисляется со Счета в период действия Программы страхования ежемесячно в случае наличия Общей задолженности по кредитной карте на Дату отчета (за вычетом суммы комиссий Банку) в размере не менее 3000 рублей.

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

Если первая попытка перечисления Платы за участие в Программе страхования будет unsuccessful, то Банк предпринимает еще одну попытку перечисления через один день. Если все попытки перечисления денежных средств окажутся unsuccessful, Банк в течение 2 (двух) календарных дней с даты последней unsuccessful попытки перечисления информирует Клиента СМС-сообщением о невозможности перечисления Платы за участие в Программе страхования и о том, что страхование в Очередном периоде в отношении него не организовано.

2.8. Банк организывает страхование Клиента Банка в Очередном периоде, если Плата за участие в Программе страхования уплачена в полном объеме в срок, указанный в п. 2.7 Условий. После перечисления со Счета Клиента Платы за участие в Программе страхования Банк в течение 2 (двух) календарных дней с даты перечисления Платы за участие в Программе страхования со счета банковской карты уведомляет Клиента о заключении в отношении него Договора страхования путем направления СМС-сообщения с указанием Срока страхования и размера Страховой суммы.

2.9. Размер Платы за участие в Программе страхования определяется ежемесячно на Дату отчета на основании размера Общей задолженности на Дату отчета и рассчитывается по следующей формуле: удвоенная Сумма Общей задолженности на Дату отчета*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%² от Страховой суммы по Договору страхования, но не более 8 750 (восемью тысяч семисот пятидесяти) рублей.

2.10. Если в очередном месяце Общая задолженность на Дату отчета отсутствует или составляет менее 3 000 (трех тысяч) рублей, или Плата за участие в Программе страхования не была уплачена в полном объеме в срок, указанный в п. 2.7 Условий, страхование Клиента Банка в таком месяце Банком не организовывается, Договор страхования не заключается.

3. ОПИСАНИЕ УСЛОВИЙ СТРАХОВАНИЯ

3.1. По Договору страхования Страховщик принимает на себя обязательство при наступлении предусмотренного Договором страхования события с Клиентом Банка, являющимся Застрахованным лицом, признанного Страховщиком Страховым случаем, произвести Страховую выплату Выгодоприобретателю.

3.2. Страховые случаи и Страховые риски по Договору страхования:

3.2.1. В отношении Клиентов Банка, 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 следующему риску:

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

3.2.2. В отношении Клиентов Банка, 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).

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

² Или 0,89% от Общей задолженности по Кредитной карте на дату Отчета (включительно), указанную в Отчете.

3.3.1. лица, возраст которых на дату подписания Заявления на участие в Программе страхования³, составляет менее 18 (восемнадцати) лет или более 70 (семидесяти) полных лет;

3.3.2. лица, у которых были диагностированы до даты подписания Заявления на участие в Программе страхования¹⁹ (включая эту дату) следующие Заболевания: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, онкологические Заболевания, цирроз печени;

3.3.3. лица, признанные на дату начала срока страхования, установленную в отношении Застрахованного лица в каждом Договоре страхования, инвалидами 1-й, 2-й или 3-ей группы;

3.3.4. лица, имеющие на дату подписания Заявления на участие в Программе страхования¹⁹ действующее направление на медико-социальную экспертизу.

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

3.4.1. временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок менее 16 календарных дней;

3.4.2. временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок более 16 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 при предоставлении Банком информации Страховщику указывается ближайшая Дата отчета, указанная в Отчете, на которую образовалась задолженность по Кредитной карте в размере не менее 3 000 (трех тысяч) рублей, а в качестве даты окончания Срока страхования - дата, предшествующая дате формирования следующего Отчета (при условии заключения Договора страхования в отношении Застрахованного лица). 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. Размер страховой суммы при предоставлении Банком информации Страховщику указывается равным размеру двукратной Общей задолженности на ближайшую Дату отчета, указанную в Отчете, но не более 2 500 000 (двух миллионов пятисот тысяч) рублей в отношении одного Застрахованного лица.

Страховая сумма является постоянной в течение срока действия Договора страхования. Страховая сумма устанавливается единой (совокупно) по всем Страховым рискам, установленным в отношении Застрахованного лица по Договору страхования.

3.7. **Страховая выплата** 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**

³ Для целей пунктов 3.3.1, 3.3.2, 3.3.4 настоящих Условий имеется в виду Заявление на участие в той Программе страхования, действие которой начинается с даты подписания Заявления и заканчивается в связи с истечением срока действия Программы страхования или в связи с ее досрочным прекращением.

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 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 (шестнадцати) 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):

3.7.4.1. Размер Страховых выплат совокупно по всем Страховым рискам, установленным Договором страхования в отношении Застрахованного лица, за весь Срок страхования по всем произошедшим с таким лицом Страховым случаям не может превышать размера Страховой суммы, установленной в отношении него Договором 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 в рамках одного Договора страхования.

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

3.8.1. В отношении Страховых рисков, указанных в подп. 3.2.1.1, 3.2.2.1 настоящих Условий (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 установленной Страховщиком форме, которая содержит информацию об Общей задолженности по кредитной карте на Дату страхового случая (оформляется Банком);

3.8.2. В отношении Страховых рисков, указанных в подп. 3.2.2.2 - 3.2.2.4 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) удостоверение о назначении пенсии по инвалидности (копия всех заполненных страниц) (в случае наличия пенсии по инвалидности);

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

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

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

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

з) оригинал справки-расчета по установленной Страховщиком форме, которая содержит информацию об Общей задолженности по кредитной карте на Дату страхового случая (оформляется Банком);

3.8.3. 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.

3.8.4. 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.

3.9. В случае непредставлении документов из числа указанных в п. 3.8.1 – 3.8.4 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. 3.8.1 – 3.8.4 настоящих Условий, содержащих достаточную для принятия Страховщиком решения информацию.

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

- в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/учреждением/организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником;

- Страховщику (лично или посредством почтовой связи) или его уполномоченному представителю (лично в любое отделение ПАО Сбербанк, имеющее соответствующую зону обслуживания).

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

3.11.1. Умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица;

- 3.11.2. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 3.11.3. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 3.11.4 Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.
- 3.12. Страховщик отказывает в Страховой выплате по следующим основаниям:
- 3.12.1. Произошедшее событие не является Страховым случаем, т.е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен Договор страхования.
- 3.12.2. Договор страхования не был заключен (например, ввиду несогласованности Сторонами его существенных условий).
- 3.12.3. Событие произошло до начала или после окончания (в том числе досрочного) Срока страхования.
- 3.12.4. Сумма Страховой выплаты превышает Лимит ответственности (лимит страхового обязательства) или иные параметры, установленные Договором страхования. При этом возможен частичный отказ в Страховой выплате пропорционально превышению лимита/параметров.
- 3.12.5. Событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по Договору страхования.
- 3.12.6. За Страховой выплатой обратилось лицо, не имеющее право на ее получение
- 3.12.7. По основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в том числе, когда Страховщик освобожден от Страховой выплаты).
- 3.13. Принятие решения о признании события, имеющего признаки Страхового случая, Страховым случаем и об осуществлении Страховой выплаты находится в компетенции Страховщика.
- 3.14. 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 выплату⁴ в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения последнего из документов, указанных в п.п. 3.8, 3.9 настоящих Условий. По страховому риску «Временная нетрудоспособность» Страховая 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 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 БАНКА В ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Участие Клиента Банка в Программе страхования прекращается в связи с истечением срока действия Программы страхования или в связи с досрочным прекращением действия Программы страхования. Страхование по Договору страхования, заключенному в период действия Программы, продолжает действовать до окончания Срока страхования, определенного согласно п. 3.5 настоящих Условий в Договоре страхования.

4.2. По инициативе Клиента действие Программы может быть прекращено досрочно на основании письменного Заявления об отказе от участия в Программе и возврате Платы за участие в Программе страхования, предоставленного в подразделение Банка при личном обращении Клиента. При этом возврат денежных средств в размере 100% от суммы Платы

⁴ Страховщик не удерживает налог на доходы физических лиц с выплат по договору личного страхования в связи со смертью и (или) причинением вреда здоровью (то есть сумма фактически полученной выплаты будет равна сумме, определенной к выплате).

за участие в Программе страхования производится Банком за последний оплаченный Очередной период страхования при условии направления Заявления об отказе в течение 7 (семи) календарных дней с даты, следующей за датой перечисления Платы за участие в Программе страхования в текущем Очередном периоде. Договор страхования в отношении такого Клиента не заключается, участие Клиента в Программе страхования прекращается со дня, следующего за днем обращения. Если заявление подано после истечения 7 (семи) календарных дней с даты, следующей за датой перечисления Платы за участие в Программе страхования в текущем Очередном периоде, то уплаченные денежные средства возврату не подлежат. При этом, Договор страхования, заключенный в текущем Очередном периоде, продолжит действовать до окончания срока страхования, определенного Договором страхования, участие Клиента в Программе страхования прекращается со дня, следующего за днем окончания Срока страхования⁵.

Адрес, по которому осуществляется прием документов при наступлении событий, имеющих признаки Страхового случая: 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д.31Г. В дальнейшем Страховщик может изменить указанный адрес и (или) предусмотреть дополнительные места приема документов. С актуальной контактной информацией можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет».

Контактная информация: Адрес места нахождения Страховщика (офис):
115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д.31Г;

Режим работы офиса: понедельник – пятница с 08.00 до 20.00 МСК

При наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, просьба обращаться по тел.⁶: 8 800 555 55 95 (звонки по России бесплатно)

⁵ За исключением случая, если Договор страхования в отношении такого лица еще не был заключен.

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