

Условия участия в программе добровольного страхования жизни и здоровья держателей кредитных карт

(применяются в отношении лиц, заполнивших заявление на участие в программе, начиная с «20» января 2018 г.)

Настоящие Условия участия в программе добровольного страхования жизни и здоровья держателей кредитных карт (далее – Условия) определяют порядок участия Клиента в программе 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 – Клиент, 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 выдачи 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, открытие 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.

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 операций по Счету карты, в том числе за счет кредитных средств, предоставленных Банком Клиенту в пределах расходного лимита (доступной суммы денежных средств в определенный период времени) в соответствии с условиями Договора на выпуск и обслуживание кредитной карты.

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

Клиент – физическое лицо (держатель Кредитной карты), с которым Банк заключил Договор на выпуск и обслуживание кредитной карты, и которое имеет Счет 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 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 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 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 взнос – часть Платы за участие, уплачиваемая Клиентом Банку за организацию страхования в очередном месяце в течение срока действия Программы.

Плата за участие – общая сумма денежных средств, уплачиваемая Клиентом Банку частями (Очередными взносами) в течение срока действия Программы страхования за организацию Банком страхования Клиента. Очередной взнос списывается со счета кредитной или дебетовой карты по выбору Клиента (счет, с которого осуществляется уплата Очередного взноса, определяется Клиентом при подключении услуги «Автоплатеж»).

Сервис «Мобильный банк» - – услуга дистанционного обмена короткими текстовыми сообщениями (далее – СМС- сообщение) между Клиентом и Банком с целью обеспечения Клиенту доступа к управлению своими счетами, вкладами и другими услугами, предоставляемая Банком Клиенту на мобильном устройстве по номеру, используемому Клиентом для получения услуг мобильной связи.

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, установленный Договором страхования, в течение которого произошедшее событие, на случай наступления которого производилось страхование, признается страховым случаем и влечет за собой обязанность Страховщика произвести страховую выплату в соответствии с условиями Договора страхования (при отсутствии оснований для отказа в выплате).

Счет (Счет карты) – счет физического лица, открытый на основании договора с ПАО Сбербанк для учета операций, совершаемых с использованием карты/реквизитов карты/NFC-карты.

Услуга «Автоплатеж» - услуга, по исполнению Банком распоряжения Клиента о периодическом безналичном переводе суммы Очередного взноса.

2. УЧАСТИЕ КЛИЕНТА В ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ

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

2.2. Участие в Программе страхования осуществляется на основании письменного заявления Клиента, предоставленного в Банк (далее и выше по тексту – Заявление на участие в Программе страхования, Заявление). 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 по кредитной карте Общей задолженности на Дату отчета в размере не менее 3 000 (Трех тысяч) рублей и при условии внесения Клиентом Очередного взноса.

Договор страхования между Банком и Страховщиком может заключаться в отношении нескольких лиц, в том числе конкретного Клиента (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 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 в соответствии с настоящими Условиями, составляет 3 (Три) года с даты заполнения 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. Уплата Очередного взноса за организацию страхования в период действия Программы страхования осуществляется ежемесячно в случае наличия Общей задолженности на Дату отчета (за вычетом суммы комиссий Банку) в размере не менее 3000 рублей с использованием сервиса «Мобильный банк» и услуги «Автоплатеж» со счета, указанного Клиентом при подключении услуги «Автоплатеж».

2.6. Сумма Очередного взноса, который необходимо уплатить в очередном месяце, направляется Банком Клиенту в СМС-сообщении с использованием сервиса «Мобильный банк» на номер телефона, указанный при получении кредитной карты, в дату, следующую за первым календарным днем после Даты отчета. СМС-сообщение содержит ответный код, который Клиент должен направить в ответном СМС-сообщении Банку в случае отказа от страхования в очередном месяце до 24 часов 00 минут дня, в котором Банком направлено СМС-сообщение.

2.7. Очередной взнос должен быть уплачен в полном объеме в течение 6 (шести) календарных дней с Даты отчета (не включая эту дату).

2.8. Банк организывает страхование Клиента в очередном месяце, если Клиент не направил в ответном СМС-сообщении цифровой код отказа от страхования, в указанный в п. 2.6 Условий срок, а также если Очередной взнос уплачен в полном объеме в срок, указанный в п. 2.7 Условий. После списания со счета Клиента суммы денежных средств в размере Очередного взноса Банк направляет Клиенту СМС-сообщение, которое содержит информацию: о карте, со счета которой осуществлено списание денежных средств; сумму списанных денежных средств; остаток денежных средств на счете карты после осуществления списания.

2.9. Размер Очередного взноса определяется ежемесячно на Дату отчета на основании размера Общей задолженности на Дату отчета и рассчитывается по следующей формуле: Сумма Общей задолженности на Дату отчета*тариф за организацию страхования в период действия Программы страхования. Тариф за организацию страхования в период действия Программы страхования составляет 0,7%.

2.10. Если в очередном месяце Общая задолженность на Дату отчета отсутствует или составляет менее 3 000 (Трех тысяч) рублей, или Клиент направил цифровой код отказа от страхования в срок, указанный в п. 2.6 Условий, или Очередной взнос не был уплачен в полном объеме в срок, указанный в п. 2.7 Условий, страхование Клиента в таком месяце Банком не организовывается, Договор страхования не заключается.

2.11. Если срок с даты заполнения Заявления на участие в Программе страхования до ближайшей Даты отчета составляет менее 14 календарных дней (дата заполнения Заявления в этот срок не входит), то в месяце, на который приходится ближайшая к оформлению Заявления Дата отчета, страхование Клиента Банком не организовывается, Очередной взнос не взимается, и 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, 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, 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, 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 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:

3.3.1. лица, возраст которых на дату заполнения Заявления на участие в Программе страхования**, составляет менее 18 (восемнадцати) полных лет или более 63 (шестидесяти трех) полных лет;

3.3.2. лица, у которых были диагностированы до даты заполнения Заявления на участие в Программе страхования* (включая эту дату) следующие заболевания: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, онкологические заболевания, цирроз

3.3.3. лица, являющиеся 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 заполнения Заявления на участие в Программе страхования* 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, предшествующая дате направления СМС-сообщения с информацией о сумме Очередного взноса, подлежащего уплате, 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 Датую отчета, предшествующую дате направления СМС-сообщения с информацией о сумме Очередного взноса, подлежащего уплате, но не более 2 500 000 (двух миллионов пятисот тысяч) рублей в отношении одного Застрахованного лица.

**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 заполнения Заявления и заканчивается в связи с истечением срока действия Программы страхования или в связи с ее досрочным прекращением*

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 в результате заболевания», «Инвалидность 1 или 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 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.

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 выплата (если она полагается) производится по тому событию, по которому последний из всех необходимых для принятия Страховщиком решения документов поступил раньше.

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 (физического лица) 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. При 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 вправе в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения неполных материалов запросить недостающие документы и сведения. При этом Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании или непризнании заявленного события страховым случаем до получения последнего из всех необходимых документов из числа указанных в п. 3.8.1 – 3.8.4 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.

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 выплату 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» выплата производится после окончания периода нетрудоспособности/временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица (и получения Страховщиком всех необходимых документов, предусмотренных настоящими Условиями).

В случае принятия решения об отказе в страховой выплате Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения последнего из всех необходимых документов, указанных в п.п. 3.8, 3.9 настоящих Условий, направляет Выгодоприобретателю письмо с обоснованием отказа.

4. ПРЕКРАЩЕНИЕ УЧАСТИЯ КЛИЕНТА В ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Участие Клиента в Программе страхования прекращается в связи с истечением срока действия Программы страхования или в связи с досрочным прекращением действия Программы страхования. 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 страхования может быть прекращено досрочно на основании письменного заявления Клиента, предоставленного в подразделение Банка при личном обращении. Направление заявления по почте или с использованием других каналов связи не допускается. Данное заявление обязательно должно содержать фамилию, имя, отчество, паспортные данные Клиента, подпись клиента с расшифровкой, дату подписания. При этом возврат Очередных взносов, внесенных за организацию страхования, не производится, если страхование Клиента Банком было организовано (были заключены Договоры страхования).

"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.: 8 800 555 55 95 (звонки по России бесплатно)"