

УСЛОВИЯ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ ВЛАДЕЛЬЦЕВ КРЕДИТНЫХ КАРТ

(ДОБРОВОЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ВЛАДЕЛЬЦЕВ КРЕДИТНЫХ КАРТ)

(применяются в отношении лиц, подавших Заявление на участие в Программе страхования, начиная с «__» _____ 2019 г.)

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

1. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящих Условиях используются следующие термины, которые подлежат толкованию в соответствии с их определениями:

Страховщик – ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (лицензия на осуществление страхования СЛ № 3692 (вид деятельности - добровольное личное страхование, за исключением добровольного страхования жизни) выдана Банком России без ограничения срока действия).

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

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

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

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

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

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

Дата страхового случая – одна из следующих дат (в зависимости от того, что применимо):

- в случае смерти – это дата смерти Застрахованного лица, указанная в свидетельстве о смерти;
- в случае установления 1-й или 2-й группы инвалидности – это дата установления инвалидности согласно документу, выданному Застрахованному лицу федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы;
- по Страховому риску «Временная нетрудоспособность» – это дата, соответствующая первому дню нетрудоспособности/первому дню временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица (т.е. дата открытия первого листка нетрудоспособности, оформленного в течение непрерывного периода нетрудоспособности, а в случае, если листок нетрудоспособности в соответствии с действующим законодательством не оформляется Застрахованному лицу, - дата первого обращения в течение непрерывного периода временного расстройства здоровья за медицинской помощью, указанная в документе из медицинской организации, содержащем сроки стационарного или амбулаторного лечения и диагноз).

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

Договор на выпуск и обслуживание Кредитной карты – договор на выпуск и обслуживание кредитной карты ПАО Сбербанк, в рамках которого открывается Счет для учета операций с

использованием Кредитной карты и предоставление клиенту возобновляемой кредитной линии для проведения операций с использованием Кредитной карты/реквизитов Кредитной карты.

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

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

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

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

Лимит ответственности (лимит страхового обязательства) – максимальный размер Страховой выплаты, установленный Договором страхования по страховому(ым) риску (ам)/на отдельные медицинские услуги. Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении (в т.ч. в процентах от страховой суммы), в виде временного периода и/или максимального количества дней, за которые будет производиться Страховая выплата по страховому(-ым) случаю(-ям), а при осуществлении медицинского страхования также и в натуральном выражении (т.е. по количественным показателям медицинских услуг и т.п.).

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

Медицинские услуги - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение. Конкретный объем (перечень (виды)) медицинских услуг, организуемых и оказываемых по Договору страхования, указывается в Программе добровольного медицинского страхования.

Медицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, а также иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

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

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

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

Оплачиваемый период нетрудоспособности – период, установленный Договором страхования, длящийся непрерывно, за дни нетрудоспособности Застрахованного лица (дни временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица) в рамках которого

осуществляется Страховая выплата при наступлении Страхового случая по Страховому риску «Временная нетрудоспособность».

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

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

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

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

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

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

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

Страховая выплата – по всем Страховым рискам, за исключением страхового риска «Дистанционная медицинская консультация», – сумма денежных средств, которую Страховщик обязуется выплатить Выгодоприобретателю при наступлении события, признанного Страховым случаем. При наступлении Страхового случая по Страховому риску «Дистанционная медицинская консультация» Страховщик в счет Страховой выплаты организывает оказание Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных Программой ДМС.

Страховая сумма – определенная Договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливается размер страховой премии и размер Страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховой риск – предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

Срок страхования – период времени, определяемый Договором страхования, при наступлении страховых случаев в течение, которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению Страховых выплат в соответствии с Правилами страхования¹ и Договором страхования (при отсутствии оснований для отказа в Страховой выплате).

2. УЧАСТИЕ КЛИЕНТА В ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ

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

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

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

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

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

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

Выгодоприобретатели устанавливаются в отношении каждого Застрахованного лица отдельно согласно Заявлению.

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 подписания Заявления на участие в Программе страхования. Действие Программы страхования заканчивается в связи с истечением срока действия Программы или в связи с досрочным прекращением действия Программы страхования в случаях, указанных в п. 4 Условий участия.

2.5. Клиент проинформируется:

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

- Страховщиком о Программе ДМС путем направления Застрахованному лицу в срок не позднее 6 (шести) рабочих² дней с даты уплаты первой Платы за участие по первому Договору страхования, заключенному в рамках участия Клиента в Программе страхования, SMS-сообщения со ссылкой на страницу Страховщика в сети Интернет, на которой размещена Программа ДМС; а так же содержится ссылка на официальный сайт Медицинской организации, которая будет осуществлять медицинские услуги, предусмотренные Программой ДМС, размещенной на сайте Страховщика https://sberbank-insurance.ru/telemedicine_card/;

- Банком 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 Отчета 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 течение 2 (двух) календарных дней с даты последней неуспешной попытки списания.

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

2.7. Размер Платы за участие в Программе страхования в Очередном периоде определяется ежемесячно на основании размера Общей задолженности по Кредитной карте на Дату Отчета

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

(включительно), указанную в Отчете, и рассчитывается по следующей формуле: Страховая сумма³, определенная Договором страхования, умноженная на тариф за участие в Программе страхования в период действия Программы страхования.

Тариф за участие в Программе страхования в период действия Программы страхования является постоянным и составляет 0,445%⁴ от Страховой суммы по Договору страхования, но не более 8 750 (Восьми тысяч семисот пятидесяти) рублей.

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

3. ОПИСАНИЕ УСЛОВИЙ СТРАХОВАНИЯ

3.1. В рамках Программы страхования Банк организывает страхование Клиента путем заключения в качестве Страхователя со Страховщиком Договора страхования, в рамках которого Страховщик:

3.1.1. осуществляет страхование Клиента (который становится Застрахованным лицом);

3.1.2. принимает на себя обязательство при наступлении события, признанного им Страховым случаем, произвести Страховую выплату Выгодоприобретателю.

Сторонами Договора страхования являются страхователь – Банк – и страховщик – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни». Застрахованное лицо не является стороной Договора страхования.

3.2. Страховые случаи и Страховые риски по Договору страхования:

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

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

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

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

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

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

³ Определяемой в соответствии с п. 4.1. Заявления.

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

3.2.2.3. **«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).

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

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

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

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

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

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

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

3.2.4.3. **«Временная нетрудоспособность».** Страховым случаем является непрерывная временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (непрерывное временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок не менее 16 (шестнадцати) календарных дней, начавшаяся в течение Срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение Срока страхования, или Заболевания, диагностированного в течение Срока страхования (за исключением событий, перечисленных в п. 3.4 настоящих Условий);

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

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

3.3.1. Базового страхового покрытия:

3.3.1.1. лица, возраст которых на дату подписания Заявления на участие в Программе страхования¹³, составляет менее 18 (восемнадцати) лет или более 70 (семидесяти) полных лет;

3.3.1.2. лица, у которых были диагностированы до даты подписания Заявления на участие в Программе страхования¹³ (включая эту дату) следующие Заболевания: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, онкологические Заболевания, цирроз печени.

3.3.2. Специального страхового покрытия:

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

3.3.2.2. лица, имеющие на дату подписания Заявления на участие в Программе страхования⁵ действующее направление на медико-социальную экспертизу.

3.3.3. Индивидуального страхового покрытия:

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

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

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

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

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

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

По страховому риску «Дистанционная медицинская консультация»: дата⁶, следующая за датой списания со счета Кредитной карты Платы за участие в Программе страхования.

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

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

⁵ Для целей пунктов 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3 настоящих Условий имеется в виду Заявление на участие в той Программе страхования, действие которой начинается со дня, следующего за днем заполнения Заявления и заканчивается в связи с истечением срока действия Программы страхования или в связи с ее досрочным прекращением.

⁶ Если дата приходится на нерабочий (праздничный) день, то датой начала Срока страхования является ближайший рабочий день, следующий за датой списания Платы за участие в Программе страхования.

указанную в Отчете, но не более 2 500 000 (двух миллионов пятисот тысяч) рублей в отношении одного Застрахованного лица.

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

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

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

3.7.3. Размер страховой выплаты по Страховому риску **«Временная нетрудоспособность»** устанавливается за каждый день Оплачиваемого периода нетрудоспособности равным 0,67 % от Страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица, но не более 2 000 (двух тысяч) рублей за каждый день Оплачиваемого периода нетрудоспособности. Оплачиваемым периодом нетрудоспособности является период с 16-го (шестнадцатого) календарного дня нетрудоспособности по последний день нетрудоспособности включительно.

Максимальное количество календарных дней нетрудоспособности, за которые производится Страховая выплата в отношении Застрахованного лица, указано в п. 3.7.4.2 настоящих Условий.

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

3.7.4.1. Размер Страховых выплат совокупно по всем Страховым рискам, установленным Договором страхования в отношении Застрахованного лица из числа указанных в п.п. 3.2.1.1, 3.2.2.1 - 3.2.2.5, 3.2.3.1, 3.2.4.1 – 3.2.4.3 настоящих Условий, за весь Срок страхования по всем произошедшим с таким лицом страховым случаям не может превышать размера Страховой суммы, определенной в соответствии с п. 3.6 Условий участия и указанной в Договоре страхования. При Страховой(ых) выплате(ах) в размере 100% установленной по Договору страхования Страховой суммы в отношении Застрахованного лица обязательства Страховщика в отношении конкретного Застрахованного лица считаются исполненными в полном объеме и действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается на следующий после Страховой выплаты день.

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

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

3.7.5. При заявлении нескольких событий, имеющих признаки Страхового случая, обязательства Страховщика по Страховой выплате возникают, и Страховая выплата (если она полагается) производится первой по тому событию, по которому последний из всех необходимых для принятия Страховщиком решения документов поступил раньше. Страховая выплата производится в денежной форме в рублях на банковский счет, указанный Выгодоприобретателем.

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

3.8.1. Страховщик в счет Страховой выплаты организывает оказание Застрахованному лицу медицинских услуг в порядке, сроки, объеме и на условиях, которые предусмотрены

Программой добровольного медицинского страхования, при обращении Застрахованного лица за организацией и оказанием таких услуг в порядке, определенном Программой ДМС.

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

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

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

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

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

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

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

а) свидетельство о смерти Застрахованного лица или решение суда о признании Застрахованного лица умершим;

б) официальный документ, содержащий причину смерти. Наиболее распространенными в этой связи документами являются медицинское свидетельство о смерти, справка о смерти органа ЗАГС (либо иного уполномоченного органа), посмертный эпикриз, акт судебно-медицинского или патологоанатомического исследования трупа с приложением результатов судебно-химического исследования (или выписки из них);

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

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

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

е) свидетельство о праве на наследство (для наследников);

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

з) медицинскую карту амбулаторного или стационарного больного, или выписку из медицинской карты Застрахованного лица за 5 (пять) лет, предшествующих вступлению договора страхования в силу, содержащих информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях.

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

- а) официальный документ, выданный федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, удостоверяющий факт установления и группу инвалидности Застрахованного лица: справка об установлении инвалидности;
- б) справки, выданные федеральным государственным учреждениям медико-социальной экспертизы, об установленных ранее группах инвалидности (в случае повторного установления группы инвалидности);
- в) справка из ПФР о назначении пенсии (запрашивается по усмотрению Страховщика (в случае наличия пенсии по инвалидности));
- г) официальный документ компетентной организации, содержащий причину (основной диагноз) инвалидности. Наиболее распространенными в этой связи документами являются направление на медико-социальную экспертизу, обратный талон, заключение врачебной комиссии, протокол проведения медико-социальной экспертизы;
- д) медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частными врачами, содержащие данные осмотра, результаты анализов и инструментальных исследований, с указанием проводимого лечения (включая сроки), а также точной датой Несчастного случая (если причиной установления инвалидности явился Несчастный случай) или диагностирования Заболевания (если причиной события явилось заболевание). Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица;
- е) акт о несчастном случае на производстве по форме Н1;
- ж) документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений /лиц (протоколы, постановления, справки, определения, акты, результаты расследований и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы.
- з) оригинал справки-расчета по согласованной Страховщиком и Страхователем форме, которая содержит информацию об Общей задолженности по Кредитной карте на Дату страхового случая (оформляется Банком);
- и) медицинскую карту амбулаторного или стационарного больного, или выписку из медицинской карты Застрахованного лица за 5 (пять) лет, предшествующих вступлению договора страхования в силу, содержащих информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях.

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

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

3.9.4. В отношении любого страхового риска:

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

- б) документы, удостоверяющие личность заявителя и получателя Страховой выплаты (если отличается от заявителя) и подтверждающие право на получение Страховой выплаты (например, паспорт и свидетельство о праве на наследство);
- в) оригинал опросного листа по установленной Страховщиком форме (представляется по требованию Страховщика);
- г) Заявление Застрахованного лица на участие в Программе страхования (представляется по требованию Страховщика). Не предоставление Заявления на участие в Программе страхования не является основанием для отказа в рассмотрении документов по произошедшему событию, имеющему признаки Страхового случая, и для отказа в Страховой выплате при признании события Страховым случаем.

3.10. В случае непредставления документов из числа указанных в п. 3.9.1 – 3.9.4 настоящих Условий, или если такие документы не содержат достаточную для принятия Страховщиком решения информацию, Страховщик в течение 10 (десяти) рабочих дней информирует заявителя о необходимости предоставления необходимых документов. При этом Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании или непризнании заявленного события Страховым случаем до получения последнего из всех необходимых документов из числа указанных в п. 3.9.1 – 3.9.4 настоящих Условий, содержащих достаточную для принятия Страховщиком решения информацию.

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

3.12. Документы, перечисленные выше в п.п. 3.9, 3.10, должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/учреждением/организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником.

- Страховщику (лично или посредством почтовой связи) или его уполномоченному представителю (лично в любое отделение ПАО Сбербанк, осуществляющее прием документов для передачи Страховщику).

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

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

3.14. Страховщик отказывает в Страховой выплате по следующим основаниям:

- 3.14.1. Произошедшее событие не является Страховым случаем, т.е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен Договор страхования.
- 3.14.2. Договор страхования не был заключен (например, ввиду несогласованности Сторонами его существенных условий).
- 3.14.3. Событие произошло до начала или после окончания (в том числе досрочного) Срока страхования.
- 3.14.4. Сумма Страховой выплаты превышает Лимит ответственности (лимит страхового обязательства), установленные Договором страхования. При этом возможен частичный отказ в страховой выплате пропорционально превышению лимита.
- 3.14.5. Событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по Договору страхования.
- 3.14.6. За Страховой выплатой обратилось лицо, не имеющее право на ее получение.

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

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

3.16. Страховщик принимает решение по Страховым рискам, указанным в п.п. 3.2.1.1, 3.2.2.1 – 3.2.2.5, 3.2.3.1, 3.2.4.1 – 3.2.4.3 настоящих Условий, о Страховой выплате (в случае признания произошедшего события страховым случаем и при отсутствии оснований для отказа в Страховой выплате), и осуществляет Страховую выплату в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения последнего из документов, указанных в п.п. 3.9, 3.10 настоящих Условий. По страховому риску «Временная нетрудоспособность» 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, 3.2.3.1, 3.2.4.1 – 3.2.4.3 настоящих Условий, Страховщик принимает в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов (в т.ч. запрошенных Страховщиком дополнительно) и в тот же срок направляет Выгодоприобретателю письмо с обоснованием отказа.

4. ПРЕКРАЩЕНИЕ УЧАСТИЯ КЛИЕНТА В ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ

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

4.2. По инициативе Клиента действие Программы страхования может быть прекращено досрочно на основании письменного заявления Клиента-Застрахованного лица, предоставленного в любое подразделение Банка при личном обращении. Направление заявления по почте или с использованием других каналов связи не допускается. Данное заявление обязательно должно содержать фамилию, имя, отчество, паспортные данные Клиента, подпись клиента с расшифровкой, дату подписания. При этом возврат Клиенту в полном размере последней уплаченной Платы за участие в Программе страхования⁷, 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 случаях⁸ Договор страхования (по которому была уплачена Плата за участие в Программе страхования), заключенный в Очередном периоде, в который было подано заявление, продолжает действовать до окончания срока страхования, определенного Договором страхования.

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

⁷ Проценты, начисленные Банком на сумму уплаченной Платы за участие (по счету кредитной карты), возврату не подлежат.

⁸ 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.

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

Адрес, по которому Страховщик осуществляется прием документов при наступлении событий, имеющих признаки Страхового случая: 121170, г. Москва, ул. Поклонная, д.3, корп.1. В дальнейшем Страховщик может изменить указанный адрес и (или) предусмотреть дополнительные места приема документов. С актуальной контактной информацией можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет».

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (Страховщик):

Адрес места нахождения Страховщика (офис): 121170, г. Москва, ул. Поклонная, д.3,
корп.1.

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

При наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, просьба обращаться в ООО СК «Сбербанк страхование жизни» по тел.⁹: 8 800 555 55 95 (звонки по России бесплатно).

С информацией о порядке разрешения споров со Страховщиком (в т.ч. о финансовом уполномоченном), можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» по ссылке: <https://sberbank-insurance.ru/about>

⁹ Для взаимодействия с Застрахованным лицом / Выгодоприобретателем Страховщик использует следующие способы: телефонная и почтовая связь, а также, при наличии технической возможности, электронная почта и (или) мобильные приложения (в т.ч. используемые для обмена электронным сообщениями («мессенджеры»)) и (или) SMS-сообщения и (или) посредством сети «Интернет».