

УСЛОВИЯ УЧАСТИЯ
в Программе страхования № 10 «Защита жизни и здоровья заемщика»
(применяются в отношении Застрахованных лиц, принятых на страхование начиная с 14 ноября 2022 года)

Настоящие Условия участия в **Программе страхования № 10 «Защита жизни и здоровья заемщика»** (далее – Условия участия в программе страхования, Условия) определяют порядок участия физического лица в **Программе страхования № 10 «Защита жизни и здоровья заемщика»** (далее – Программа страхования).

Программа страхования:

- ✓ предназначена для лиц, возраст которых на дату подписания Заявления на участие в Программе страхования составляет более 18 (восемнадцать) лет или менее 65 (шестидесяти пяти) полных лет. Банк вправе предлагать лицам, возраст которых не соответствует указанным значениям, участие в иных программах добровольного личного страхования;
- ✓ рекомендована для лиц, у которых до даты списания/внесения Платы за участие в Программе страхования (включая указанную дату) НЕ диагностировалось следующее заболевание: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, злокачественное новообразование (рак), цирроз печени.

1. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

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

Страховщик – ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (Лицензия на осуществление страхования СЖ № 3692 (вид деятельности – добровольное страхование жизни) выдана Банком России без ограничения срока действия; 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 (выше и далее по тексту – Страхователь или Банк).

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 Застрахованного лица, сопровождающееся оказанием ему медицинской помощи на срок, необходимый для восстановления здоровья.

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

Госпитализация – размещение и последующее нахождение Застрахованного лица в стационаре медицинской организации, имеющей соответствующие лицензии и разрешения, в целях оказания ему медицинской помощи, необходимость которой вызвана произошедшим в период действия Договора страхования несчастным случаем, в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и круглосуточное стационарное лечение в медицинской организации.

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 страховым рискам **«Временная нетрудоспособность в результате заболевания»**, **«Временная нетрудоспособность в результате несчастного**

случая» – 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 **«Первичное диагностирование критического заболевания»** - это дата первичного диагностирования инсульта, инфаркта миокарда или злокачественного новообразования (рака);
- ✓ по страховому риску **«Госпитализация в результате несчастного случая»** - дата, соответствующая первому дню госпитализации (т.е. дата размещения в стационаре).

Договор страхования – соглашение между Страховщиком и Страхователем по Программе страхования.

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.

Задолженность Застрахованного лица по Потребительскому кредиту – остаток суммы Потребительского кредита по Кредитному договору, подлежащий возврату Застрахованным лицом (основной долг), а также начисленные в соответствии с условиями Кредитного договора проценты за пользование Потребительским кредитом (за исключением неустоек, штрафов и пени).

Злокачественное новообразование (рак) - заболевание, проявляющееся в развитии одной или нескольких злокачественных опухолей, характеризующихся отсутствием дифференцировки клеток, прогрессивным неконтролируемым ростом, способностью к метастазированию (распространению злокачественных клеток из первичного очага), к инвазии и деструкции здоровых и окружающих опухоль тканей, диагностированное Застрахованному лицу на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)) **впервые** в течение Срока страхования. В определение «Злокачественное новообразование (рак)» в том числе включаются: лейкомия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркома.

Из определения «Злокачественное новообразование (рак)» **исключаются:**

- ✓ Злокачественная опухоль кожи и меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 2,0 мм или которая не превышает уровень T(2b)N(0)M(0) по международной классификации TNM;
- ✓ Злокачественная опухоль предстательной железы стадии T1 (включая T1a и T1b) по классификации TNM;
- ✓ Карцинома in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN- 3), а также любые опухоли, гистологически описанные как предраковые заболевания;
- ✓ Базальноклеточная карцинома или плоскоклеточная карцинома кожи;
- ✓ Хронический лимфоцитарный лейкоз стадии A (по классификации Binet) или стадии I (по классификации RA1);
- ✓ Папиллярный рак щитовидной железы;
- ✓ Неинвазивный папиллярный рак мочевого пузыря, гистологически описанный как имеющей стадию TaN(0)M(0) или меньше;
- ✓ Любого вида злокачественные новообразования, протекающих на фоне ВИЧ – инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши).

Инфаркт миокарда - остро возникший некроз (омертвление) части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока (недостатка кровоснабжения). Инфаркт должен быть впервые диагностирован в течение Срока страхования. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом при обязательном наличии изменений ST сегмента на электрокардиограмме.

Из определения «Инфаркт миокарда» **исключаются:**

- ✓ Инфаркт миокарда без изменений сегмента ST;
- ✓ Стабильная/нестабильная стенокардия.

Инсульт – острое нарушение мозгового кровообращения вследствие нарушения или полного прекращения кровообращения в участке мозгового вещества (ишемический инсульт) или кровоизлияния в вещество головного мозга или под его оболочки (геморрагический инсульт). Инсульт должен привести к впервые возникшим необратимым неврологическим нарушениям непрерывно на протяжении по меньшей мере 45 (сорока пяти) дней после постановки диагноза инсульта. Инсульт должен быть впервые диагностирован в течение срока страхования. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом, инструментальными методами исследования, такими как компьютерная томография (КТ) и/или магнитно-резонансная томография (МРТ).

Из определения «Инсульт» **исключаются:**

- ✓ Транзиторная ишемическая атака;
- ✓ Церебральные изменения, явившиеся следствием неврологического дефицита, мигрени, гипоксии или травмы;
- ✓ Травматические повреждения головного мозга или сосудов головного мозга;
- ✓ Лакунарный инсульт без неврологической симптоматики.

Кредитный договор – договор о предоставлении Потребительского кредита, заключенный между Страхователем и физическим лицом (клиентом).

Клиент – физическое лицо, которому Страхователь предоставил(ит) Потребительский кредит.

Кредит – денежные средства, предоставляемые Страхователем Застрахованному лицу (Клиенту) в размере и на условиях, предусмотренных Кредитным договором.

Ключевой информационный документ (КИД) – документ, содержащий (раскрывающий) информацию об условиях добровольного страхования.

Лимит ответственности (лимит страхового обязательства) – максимальный размер страховой выплаты, установленный Договором страхования (включая Приложения к Договору страхования) по страховому(ым) риску (ам) / по отдельным заболеваниям (состояниям)/ на отдельные медицинские и иные 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).

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

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

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 страховым

рискам «Временная нетрудоспособность в результате заболевания», «Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая».

Оплачиваемый период госпитализации – период, установленный Договором страхования, длящийся непрерывно, за дни нахождения в стационаре, в рамках которого осуществляется страховая выплата при наступлении страхового случая по страховому риску «Госпитализация в результате несчастного случая».

Первичное диагностирование - факт установления диагноза врачом впервые в жизни Застрахованного лица.

Плата за участие в Программе страхования – сумма денежных средств, уплачиваемая Клиентом Банку в случае участия в Программе страхования.

Потребительский кредит – денежные средства, предоставленные кредитором заемщику на основании Кредитного договора, в целях, не связанных:

- с осуществлением предпринимательской деятельности;
- с приобретением транспортного средства для личного некоммерческого использования;
- с приобретением/ строительством/ реконструкцией квартиры (в т.ч. в жилом доме, состоящем из одной или нескольких блок-секций - «таун-хаус»); жилого дома; части квартиры или жилого дома, состоящей из одной или нескольких изолированных комнат (в т.ч. часть жилого дома блокированной застройки - «таун-хаус»); доли в праве собственности на квартиру или жилой дом; дачи; садового дома; других строений потребительского назначения; незавершенных строительством вышеуказанных объектов; приобретение гаража, машиноместа, земельного участка.

Система «Сбербанк Онлайн» («Сбербанк Онлайн») – удаленный канал обслуживания Банка, автоматизированная защищенная система дистанционного обслуживания, порядок использования и доступ к которой определен в договоре банковского обслуживания между Банком и Клиентом.

Страховой случай (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 в порядке, установленном Договором страхования, денежная сумма, исходя из которой устанавливается размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

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

Срок страхования (срок страхования) – период времени, определяемый Договором страхования и указанный в п. 2. Заявления на участие в программе 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).

Термин «Простая электронная подпись» применяется в соответствии с Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи» и Правилами электронного взаимодействия (Приложение № 3 к Условиям банковского обслуживания физических лиц ПАО Сбербанк)².

2. УЧАСТИЕ КЛИЕНТА В ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ

¹ Правила страхования размещены по ссылке https://sberbank-insurance.ru/up/pravila_dsgh_pk_71.pdf.

² Приложение №3 к Условиям банковского обслуживания физических лиц ПАО Сбербанк, размещенным по ссылке <https://www.sberbank.ru/ru/person/udbo>.

2.1. Участие Клиента в Программе страхования является добровольным. Отказ от участия не является основанием для отказа в выдаче кредита и предоставления иных банковских услуг.

2.2. Участие в Программе страхования (включение в число Застрахованных лиц) осуществляется на основании письменного Заявления на участие в Программе страхования (далее – Заявление на участие в программе страхования или Заявление), предоставленного в Банк в виде документа на бумажном носителе в подразделении Банка или оформленного в виде электронного документа и подписанного Простой электронной подписью в соответствии с Правилами электронного взаимодействия (Приложение № 3) к Условиям банковского обслуживания физических лиц ПАО Сбербанк с использованием Мобильного рабочего места работника Банка или в Системе «Сбербанк Онлайн».

2.3. Банк вправе отказать Клиенту во включении его в число Застрахованных лиц в случае, если на момент получения Заявления Клиент будет иметь просроченную задолженность по Потребительскому кредиту.

2.4. 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.

3. ОПИСАНИЕ ПРОГРАММЫ И СУЩЕСТВЕННЫЕ УСЛОВИЯ 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.**

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

Выгодоприобретатели по страховым рискам, указанным в п. 3.2 Условий, устанавливаются в Заявлении.

Если в отношении Клиента заключен Договор страхования, дополнительные уведомления о подключении его к Программе страхования Клиенту не направляются.

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

За участие в Программе страхования Клиент уплачивает Банку плату, которая рассчитывается по следующей формуле: Страховая сумма, указанная в подп. 4.1. Заявления * тариф за участие в Программе страхования * (Количество месяцев согласно подп. 2.2. Заявления/12). Тариф за участие в Программе страхования составляет **3,3%** годовых.

3.2. Страховые риски и страховые случаи по Договору страхования:

3.2.1. Непрерывная временная утрата Застрахованным лицом способности осуществлять трудовую или иную деятельность по медицинским показаниям (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок не менее **15 календарных дней**, начавшаяся в течение срока страхования в результате заболевания, диагностированного в течение срока страхования (страховой риск - **«Временная нетрудоспособность в результате заболевания»**). Страховым случаем с учетом

определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Условиями, является непрерывная Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (непрерывное временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок не менее **15 календарных дней**, начавшаяся в течение Срока страхования в результате заболевания, диагностированного в течение Срока страхования;

3.2.2. Непрерывная временная утрата Застрахованным лицом способности осуществлять трудовую или иную деятельность по медицинским показаниям (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок не менее **7 календарных дней**, начавшаяся в течение срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования (страховой риск - **«Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая»**). Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Условиями, является непрерывная Временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (непрерывное временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок не менее **7 календарных дней**, начавшаяся в течение срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение Срока страхования;

3.2.3. Госпитализация Застрахованного лица, начавшаяся в течение срока страхования в результате несчастного случая (страховой риск - **«Госпитализация в результате несчастного случая»**). Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Условиями, является Госпитализация Застрахованного лица, начавшаяся в течение Срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение Срока страхования;

3.2.4. Первичное диагностирование Застрахованному лицу критического заболевания (инсульта, инфаркта миокарда или злокачественного новообразования (рака) в течение срока страхования (страховой риск – **«Первичное диагностирование критического заболевания»**). Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Условиями, является Первичное диагностирование Застрахованному лицу в течение Срока страхования инсульта, инфаркта миокарда или злокачественного новообразования (рака), как они определены Условиями;

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

3.2.6. Установление Застрахованному лицу в течение срока страхования инвалидности 1-й или 2-й группы в результате несчастного случая или заболевания (страховой риск – **«Инвалидность 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания»**). Страховым случаем с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Условиями, является установление федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу в течение срока страхования инвалидности 1-й или 2-й группы в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, или заболевания, впервые диагностированного Застрахованному лицу в течение срока страхования.

3.3. По страховым рискам, указанным в настоящих Условиях, не являются страховыми случаями (ИСКЛЮЧЕНИЯ из страхового покрытия) следующие события:

3.3.1. По страховому риску **«Временная нетрудоспособность в результате заболевания»**:

- ✓ Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок менее **15 календарных дней**;

- ✓ Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок более **15 календарных дней**, если этот срок не был непрерывным с первого дня нетрудоспособности/первого дня временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лиц.
- ✓ Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица), наступившая по причине следующих заболевания(й), ранее диагностированного(ых) у **Застрахованного лица до** даты списания/внесения Платы за участие в Программе страхования: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, злокачественное новообразование (рак), цирроз печени;

3.3.2. По страховому риску **«Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая»:**

- ✓ Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок менее **7 календарных дней**;
- ✓ Временная нетрудоспособность Застрахованного лица (Временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок более **7 календарных дней**, если этот срок не был непрерывным с первого дня нетрудоспособности/первого дня временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лиц;

3.3.3. По страховому риску **«Первичное диагностирование критического заболевания»:**

- ✓ диагностирование заболевания, являющегося следствием врожденных пороков (аномалий) развития;
- ✓ диагностирование заболевания, являющегося следствием употребления алкогольных напитков и/или психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов без назначения врача (или по назначению врача, но с нарушением указанной им дозировки) и/или следствием употребления препаратов, назначенных для лечения наркомании;
- ✓ не первичное диагностирование заболевания;
- ✓ диагностирование заболевания, наступившего по причине следующего(их) заболевания(й), ранее диагностированного(ых) у Застрахованного лица до даты (включая указанную дату) списания/внесения Платы за участие в Программе страхования: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, злокачественное новообразование (рак), цирроз печени.

3.3.4. По страховому риску **«Смерть»:**

- ✓ смерть застрахованного лица по причине следующего(их) заболевания(й), ранее диагностированного(ых) у Застрахованного лица до даты (включая указанную дату) списания/внесения Платы за участие в Программе страхования: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, злокачественное новообразование (рак), цирроз печени.

3.3.5. По страховому риску **«Инвалидность 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания»:**

- ✓ установление инвалидности 1 или 2 группы по причине следующего(их) заболевания(й), ранее диагностированного(ых) у Застрахованного лица до даты (включая указанную дату) списания/внесения Платы за участие в Программе страхования: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, злокачественное новообразование (рак), цирроз печени.

3.4. По страховым рискам, указанным в настоящих Условиях, устанавливаются разные сроки страхования. Дата окончания Срока страхования по всем страховым рискам определяется согласно подп. 2.2. Заявления на участие в Программе страхования. Дата начала Срока страхования определяется по страховым рискам следующим образом:

3.4.1. По страховым рискам «Госпитализация в результате несчастного случая», «Смерть», «Инвалидность 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания»: дата списания/внесения Платы за участие в Программе страхования;

3.4.2. По страховым рискам «Временная нетрудоспособность в результате заболевания», «Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая»: дата, следующая за 60-ым календарным днем с даты списания/внесения Платы за участие. Течение срока в 60 календарных дней, предусмотренного настоящим пунктом, начинается с даты, следующей за датой списания/внесения Платы за участие;

3.4.3. По страховому риску «Первичное диагностирование критического заболевания»: дата, следующая за 90-ым календарным днем с даты списания/внесения Платы за участие. Течение срока в 90 календарных дней, предусмотренного настоящим пунктом, начинается с даты, следующей за датой списания/внесения Платы за участие. Сроки страхования по страховым рискам, предусмотренным в отношении Застрахованного лица, устанавливается Договором страхования в отношении каждого Застрахованного лица отдельно согласно информации о сроках страхования, предоставленной Банком Страховщику на основании данных, указанных в Заявлении.

Договор страхования при его заключении в отношении Застрахованного лица действует в отношении Застрахованного лица с даты начала Срока страхования и по дату окончания Срока страхования включительно, установленного Договором страхования согласно информации о дате начала и дате окончания Срока страхования, предоставленной Банком Страховщику на основании данных, указанных в п.п. 2.1.1. и 2.2. Заявления.

При досрочном прекращении действия Договора страхования в отношении Застрахованного лица срок страхования прекращается и страхование прекращает действовать одновременно с прекращением действия Договора страхования в отношении Застрахованного лица. **Действие Договора страхования не зависит от досрочного погашения задолженности** по Кредитному договору и не прекращается в связи с досрочным погашением.

3.5. Страховая сумма устанавливается Договором страхования согласно информации о размере страховой суммы, предоставленной Банком Страховщику на основании данных, указанных в Заявлении, и является постоянной в течение срока действия Договора страхования. Размер одной страховой суммы в отношении одного Застрахованного лица не должен превышать 10 000 000 (десяти миллионов) рублей.

Страховая сумма устанавливается:

3.5.1. совокупно (единой) по страховым рискам «Временная нетрудоспособность в результате заболевания», «Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая», «Госпитализация в результате несчастного случая», «Первичное диагностирование критического заболевания»;

3.5.2. совокупно (единой) по страховым рискам «Смерть», «Инвалидность 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания».

3.6. Страховая выплата по страховым случаям, наступившим по страховым рискам, указанным в настоящих Условиях, определяется в следующем порядке:

3.6.1. По страховым рискам **«Временная нетрудоспособность в результате заболевания», «Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая»** размер Страховой выплаты составляет **0,5%** от Страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица (указанной в подп. 4.1. Заявления на участие в Программе страхования), за каждый день Оплачиваемого периода

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

При этом максимальное количество календарных дней, за которые производится Страховая выплата в отношении Застрахованного лица, составляет 122 (сто двадцать два) календарных дня за весь Срок страхования;

3.6.2. По страховому риску **«Госпитализация в результате несчастного случая»** размер Страховой выплаты составляет **0,3%** от Страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица (указанной в подп. 4.1. Заявления) за каждый день Оплачиваемого периода госпитализации, но не более 2 000 (двух тысяч) рублей за каждый день Оплачиваемого периода госпитализации. Оплачиваемым периодом госпитализации является период со дня поступления в стационар по последний день госпитализации включительно.

При этом максимальное количество календарных дней, за которые производится Страховая выплата в отношении Застрахованного лица по страховому риску **«Госпитализация в результате несчастного случая»** составляет 30 (тридцать) календарных дня за весь Срок страхования.

3.6.3. Размер страховой выплаты по страховому случаю, наступившему по Страховому риску **«Первичное диагностирование критического заболевания»** составляет 100% (ста процентам) страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица (указанной в подп. 4.1. Заявления).

3.6.4. Размер страховой выплаты по страховым рискам **«Смерть»**, **«Инвалидность 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания»** составляет 100% (ста процентам) страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица (указанной в подп. 4.2. Заявления).

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

3.6.5.1. Размер страховых выплат совокупно по всем страховым рискам, установленным Договором страхования в отношении Застрахованного лица и указанных в п.п. 3.2.1. - 3.2.4. настоящих Условиях, за весь срок страхования по всем произошедшим с таким лицом страховым случаям не может превышать размера Страховой суммы, указанной в подп. 4.1. Заявления на участие в программе страхования и установленной в отношении него Договором страхования по указанным в настоящем подпункте страховым рискам.

3.6.5.2. Размер страховых выплат совокупно по всем страховым рискам, установленным Договором страхования в отношении Застрахованного лица и указанных в п.п. 3.2.5. - 3.2.6. настоящих Условиях, за весь срок страхования по всем произошедшим с таким лицом страховым случаям не может превышать размера Страховой суммы, указанной в подп. 4.2. Заявления на участие в программе страхования и установленной в отношении него Договором страхования по указанным в настоящем подпункте страховым рискам.

3.6.6. 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 (в т.ч. запрошенных Страховщиком дополнительно) поступил раньше. Страховая выплата производится в денежной форме в рублях на банковский счет, указанный Выгодоприобретателем.

3.7. В случае наступления события, имеющего признаки Страхового случая, по страховым рискам, указанным в настоящих Условиях, Клиент (родственник/представитель) предоставляет в Банк следующие документы:

3.7.1. В отношении страховых рисков «**Временная нетрудоспособность в результате заболевания**», «**Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая**»:

- а) закрытый(ые) или открытый(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 может представляться за весь период нетрудоспособности (период временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица) или периодически по мере получения Застрахованным лицом, но не чаще чем один раз в месяц;
- б) выписка из медицинской карты амбулаторного больного (в случае если Застрахованное лицо получало медицинскую помощь в амбулаторных условиях), содержащая сведения об обстоятельствах Временной нетрудоспособности застрахованного лица (Временного расстройства для неработающего Застрахованного лица): точную дату установления диагноза, результаты дополнительных методов исследования, назначенное Застрахованному лицу и проводимое лечение (включая сроки), заболевания либо последствия телесного повреждения, в результате которого наступила Временная нетрудоспособность застрахованного лица (Временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица);
- в) выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного (если Застрахованное лицо проходило лечение в стационаре), содержащий сведения об обстоятельствах Временной нетрудоспособности застрахованного лица (Временного расстройства для неработающего Застрахованного лица): точную дату установления диагноза, результаты дополнительных методов исследования, назначенное Застрахованному лицу и проводимое лечение (включая сроки), заболевания либо последствия телесного повреждения, в результате которого наступила Временная нетрудоспособность застрахованного лица (Временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица), даты госпитализации и их причины;
- г) если событие произошло в результате несчастного случая:
 - акт о несчастном случае на производстве по форме Н1;
 - документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений /лиц (протоколы, постановления, справки, определения и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы;

3.7.2. В отношении страхового риска «**Госпитализация в результате несчастного случая**»:

- а) медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения, с указанием диагноза, даты несчастного случая, приведшего к госпитализации, длительности стационарного лечения и информацией, позволяющей сделать заключение о причинах госпитализации (например, выписка из амбулаторной карты/истории болезни, заключение врачебной комиссии);

б) документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений / лиц (протоколы, постановления, акт о несчастном случае на производстве, справки, определения и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы.

3.7.3. В отношении Страхового риска «Первичное диагностирование критического заболевания»:

а) медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения, с указанием диагноза, даты первичного диагностирования критического заболевания, даты проведения хирургических операций (вмешательств), названия и результатов операций и информацией, позволяющей сделать заключение о причинах проведения оперативного вмешательства;

б) выписка из медицинской карты не менее чем за 5 (пять) лет, предшествующих вступлению договора страхования в силу, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях, точных дат их диагностирования, проведенного лечения, лечебно-диагностических манипуляций.

3.7.4. В отношении Страхового риска «Смерть»:

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) документы из органов и учреждений МВД России, МЧС России, прокуратуры или иных компетентных органов власти / организаций / учреждений / лиц (протоколы, постановления, акт о несчастном случае на производстве, справки, определения и др.), когда событие или его обстоятельства зафиксированы или должны быть ими зафиксированы;

г) 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;

д) выписка из медицинской карты не менее чем за 5 (пять) лет, предшествующих вступлению договора страхования в силу, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях, точных дат их диагностирования, проведенного лечения, лечебно-диагностических манипуляций.

3.7.5. В отношении страхового риска «Инвалидность 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания»:

а) официальный документ, выданный федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, удостоверяющий факт установления и группу инвалидности Застрахованного лица: справка об установлении инвалидности;

- б) справки, выданные федеральным государственным учреждениям медико-социальной экспертизы, об установленных ранее группах инвалидности (в случае повторного установления группы инвалидности);
- в) официальный документ компетентной организации, содержащий причину (основной диагноз) инвалидности. Наиболее распространенными в этой связи документами являются направление на медико-социальную экспертизу, обратный талон, заключение врачебной комиссии, протокол проведения медико-социальной экспертизы, сведения о результатах проведенной медико-социальной экспертизы;
- г) 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;
- д) выписка из медицинской карты не менее чем за 5 (пять) лет, предшествующих вступлению договора страхования в силу, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях, точных дат их диагностирования, проведенного лечения, лечебно-диагностических манипуляций;
- 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.

3.8. В отношении любого страхового риска, указанного в настоящих Условиях:

- а) надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме от каждого заявителя отдельно, а также согласие на обработку персональных данных (предоставляются по требованию Страховщика в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия);
- б) документ, удостоверяющий личность заявителя и получателя выплаты (если отличается от заявителя) и, если применимо документы, подтверждающие право на получение страховой выплаты (например, свидетельство о праве на наследство (для наследников) и/или подтверждающие изменение персональных данных, идентифицирующих личность (например, свидетельство о заключении брака) и/или согласие органов опеки и попечительства (в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации);
- в) копия Заявления Застрахованного лица на участие в программе страхования (представляется по требованию Страховщика);
- г) надлежащим образом, оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя выгодоприобретателя/наследника (при обращении представителя).

3.9. При непредставлении документов из числа указанных в п.п. 3.7. – 3.8. 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.п. 3.7. – 3.8. настоящих Условий, содержащих достаточную для принятия Страховщиком решения информацию.

3.10. Документы, перечисленные выше в п.п. 3.7. - 3.8. настоящих Условий должны предоставляться:

- в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/учреждением/организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником;
- Страховщику (лично или посредством почтовой связи) или его уполномоченному представителю (лично в любое отделение ПАО Сбербанк, осуществляющее прием документов для передачи Страховщику).

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

- 3.11.1. умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица. Страховщик не освобождается от выплаты Страховой суммы, если смерть Застрахованного лица наступила вследствие самоубийства и к этому времени Договор страхования в отношении такого Застрахованного лица действовал уже не менее двух лет;
- 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 (например, отнесено к **исключениям из страхового покрытия**) или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из **определений, закрепленных в Условиях (Правилах страхования)** или в отношении соответствующего застрахованного лица не предусмотрен такой страховой риск).
- 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 т.ч. досрочного) Срока страхования.
- 3.12.4. Сумма Страховой выплаты превышает лимит ответственности (лимит страхового обязательства) или иные ограничения, установленные Договором страхования. При этом возможен частичный отказ в Страховой выплате пропорционально превышению лимита/ограничения.
- 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 права на ее получение.
- 3.12.7. По основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в т.ч. 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:**

3.14.1 по страховым случаям по всем страховым рискам, указанным в Условиях, **о страховой выплате** (в случае признания произошедшего события страховым случаем и

при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате), и осуществляет страховую выплату³ в течение **30** (тридцати) календарных дней после получения последнего из всех необходимых (в том числе запрошенных Страховщиком дополнительно) документов, указанных в подп. 3.7, 3.8. настоящих Условий (с учетом предусмотренной периодичности их предоставления (когда применимо)).

При этом, Страховщик принимает решение о страховой выплате по произошедшему событию по страховому риску **«Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая»**, **«Временная нетрудоспособность в результате заболевания»** и производит такую страховую выплату (если полагается) один раз за весь оплачиваемый период нетрудоспособности, вызванный наступившим событием (в случае предоставлении документа, указанного в подп. а) подп. 3.7.1. Условий, один раз сразу за весь период нетрудоспособности/временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица) или несколько раз в зависимости от частоты (периодичности) предоставления Страховщику документов, предусмотренных п. 3.7. Условий для соответствующего страхового риска (при предоставлении документа, указанного в подп. а) подп. 3.7.1. Условий, на периодической основе (с учетом требований, установленных в подп. а) подп. 3.7.1. Условий)), но не чаще чем один раз в месяц.

Страховая выплата производится в денежной форме на банковский счет, указанный Выгодоприобретателем в заявлении о страховой выплате или иным способом по согласованию Сторон/по согласованию с Выгодоприобретателем.

3.14.2. об отказе в страховой выплате (по всем страховым рискам, указанным в Условиях) в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов (в т.ч. запрошенных Страховщиком дополнительно) и в тот же срок Страховщиком направляется Выгодоприобретателю письменное уведомление с обоснованием отказа.

4. ПРЕКРАЩЕНИЕ УЧАСТИЯ КЛИЕНТА В ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Участие физического лица в Программе страхования может быть прекращено досрочно на основании его письменного заявления, предоставленного в подразделение Банка при личном обращении. Указанное заявление может быть подписано простой электронной подписью в соответствии с Правилами электронного взаимодействия (Приложение № 3 к Условиям банковского обслуживания физических лиц ПАО Сбербанк). Направление заявления по почте или с использованием других каналов связи не допускается. Данное заявление обязательно должно содержать фамилию, имя, отчество, данные документа, удостоверяющего личность Клиента, а также подразделение Банка, указанное в Заявлении на участие в программе страхования, подпись клиента с расшифровкой, дату подписания. При этом возврат денежных средств, внесенных физическим лицом в качестве платы за участие в Программе страхования, производится Банком при отказе физического лица от страхования в следующих случаях:

4.1.1. подачи физическим лицом в Банк соответствующего заявления в течение 14 календарных дней с даты внесения/списания Платы за участие в Программе страхования.

4.1.2. подачи физическим лицом в Банк соответствующего заявления по истечении 14 календарных дней с даты внесения/списания Платы за участие в программе страхования в случае, если Договор страхования в отношении такого лица не был заключен.

4.2. Четырнадцатидневный срок начинает исчисляться с даты, следующей за датой внесения/списания Платы за участие в Программе страхования. В случае если последний

³Страховщик 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).

день четырнадцатидневного срока приходится на нерабочий (праздничный) день, днем окончания срока считается ближайший следующий за ним рабочий день.

4.3. В случаях, указанных в п.п. 4.1.1. и 4.1.2. настоящих Условий участия в Программе страхования, осуществляется возврат денежных средств физическому лицу в размере 100% от суммы Платы за участие в Программе страхования.

4.4. В случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, Банк при возврате денежных средств производит удержание налога на доходы физических лиц.

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

Адрес места нахождения Страховщика (офис): 121170, г. Москва, ул. Поклонная, д. 3, корпус 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.⁴: 8 495 500 55 50 (номер для звонков из любой точки мира; бесплатный по Москве, платный в иных случаях) или 900 (бесплатный номер для звонков с мобильных по России).

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

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>

⁴ 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».