

УСЛОВИЯ УЧАСТИЯ

в Программе страхования № 10 «Защита жизни и здоровья заемщика»

(применяются в отношении Застрахованных лиц, принятых на страхование начиная с «01» октября 2020 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 (восемнадцати) лет или менее 65 (шестидесяти пяти) полных лет. Банк вправе предлагать лицам, возраст которых не соответствует указанным значениям, участие в иных программах добровольного коллективного личного страхования заемщика;
- ✓ рекомендована для лиц, у которых до даты списания/внесения Платы за участие в Программе страхования (включая указанную дату) НЕ имелись (-ются) следующие заболевания: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, онкологические заболевания, цирроз печени.

1. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

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

Страховщик – ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (Лицензия на осуществление страхования СЖ № 3692 (вид деятельности – добровольное страхование жизни) выдана Банком России без ограничения срока действия; 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, сопровождающегося 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 онкологического заболевания;
- 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 онкологическое заболевание - заболевание, проявляющееся в развитии одной или нескольких злокачественных опухолей, характеризующихся отсутствием дифференцировки клеток, прогрессивным неконтролируемым ростом, способностью к метастазированию (распространению злокачественных клеток из первичного очага), к инвазии и деструкции здоровых и окружающих опухоль тканей, диагностированное Застрахованному лицу на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)) **впервые** в течение срока страхования. В определение «злокачественное онкологическое заболевание» в том числе включаются: лейкемия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркома. Заболевания, указанные в п.п. 3.3.3.5.1. - 3.3.3.5.8. настоящих Условий, не являются злокачественными онкологическими заболеваниями согласно Договору страхования.

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

Заболевания, указанные в п.п. 3.3.3.5.9. -3.3.3.5.10. настоящих Условий, не являются инфарктом миокарда согласно Договору страхования.

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. Оценка неврологических нарушений может быть произведена не ранее, чем через 3 месяца после 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).

Заболевания, указанные в п.п. 3.3.3.5.11. - 3.3.3.5.14. настоящих Условий, не являются инсультом согласно Договору страхования.

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.

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).

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 и указанный в п.п. 5.1. и 5.2. Заявления на участие в программе страхования, дящийся 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 и указанный в п. 5.3. Заявления на участие в программе 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».

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

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 Клиента через официальный сайт Банка в сети Интернет, а также мобильное приложение Банка. Прием Банком через Систему «Сбербанк Онлайн» заявлений на участие в Программе страхования определен в Порядке предоставления ПАО Сбербанк услуг через Удаленные каналы обслуживания (Приложение № 1 к Условиям банковского обслуживания физических лиц ПАО Сбербанк) и в Руководстве по использованию «Сбербанк Онлайн», размещаемых на официальном сайте Банка и/или в подразделении Банка.

Страховой случай (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 течении, 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

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.

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>.

2.2. 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 Системе «Сбербанк Онлайн» в виде электронного документа в соответствии с Правилами электронного взаимодействия (Приложение № 3 к Условиям банковского обслуживания физических лиц ПАО Сбербанк).

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 устанавливаются в отношении каждого Застрахованного лица отдельно согласно Заявлению.

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 п. 4.1. Заявления * тариф за участие в Программе страхования * (Количество месяцев согласно п. 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 общей трудоспособности Застрахованным лицом (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 (за исключением событий, перечисленных в п. 3.3.1. настоящих Условий) (страховой риск - **«Временная нетрудоспособность в результате заболевания»**);

3.2.2. 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 (за исключением событий, перечисленных в п. 3.3.2. настоящих Условий) (страховой риск - **«Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая»**);

3.2.3. Госпитализация Застрахованного лица, начавшаяся в течение срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования (страховой риск - **«Госпитализация в результате несчастного случая»**);

3.2.4. Первичное диагностирование Застрахованному лицу в течение срока страхования инсульта, инфаркта миокарда или злокачественного онкологического заболевания, как они определены настоящими Условиями (за исключением событий, перечисленных в п. 3.3.3. настоящих Условий) (страховой риск – **«Первичное диагностирование критического заболевания»**).

3.2.5. Смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования (за исключением событий, перечисленных в п. 3.3.4. настоящих Условий) (страховой риск – **«Смерть»**);

3.2.6. Установление федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу в течение срока страхования инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования, или заболевания, впервые диагностированного в течение срока страхования (за исключением событий, перечисленных в п. 3.3.5.

настоящих Условий) (страховой риск – **«Инвалидность 1 или 2 группы в результате несчастного случая или заболевания»**).

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

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

3.3.3.1. временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок менее **15 календарных дней**;

3.3.3.2. временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (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 лица.

3.3.3.3. временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (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, онкологические заболевания, цирроз печени.

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

3.3.2.1. временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок менее **7 календарных дней**;

3.3.2.2. временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (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 лица.

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

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

3.3.3.2. диагностирование заболевания, являющегося следствием употребления алкогольных напитков и/или психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов без назначения врача (или по назначению врача, но с нарушением указанной им дозировки) и/или следствием употребления препаратов, назначенных для лечения наркомании;

3.3.3.3. не первичное диагностирование заболевания;

3.3.3.4. 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, онкологические заболевания, цирроз печени;

3.3.3.5. диагностирование следующих заболеваний:

3.3.3.5.1. Злокачественной опухоли кожи и меланомы, 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;

3.3.3.5.2. Злокачественной опухоли предстательной железы стадии T1 (включая T1a и T1b) по классификации TNM;

3.3.3.5.3. Карциномы in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN- 3), а также любых опухолей, гистологически описанных как предраковые заболевания;

3.3.3.5.4. Базальноклеточной карциномы или плоскоклеточной карциномы;

3.3.3.5.5. Хронического лимфоцитарного лейкоза стадии A (по классификации Binet) или стадии I (по классификации RAI);

3.3.3.5.6. Папиллярного рака щитовидной железы;

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

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

3.3.3.5.9. Инфаркта миокарда без изменений сегмента ST;

3.3.3.5.10. Стабильной/нестабильной стенокардии;

3.3.3.5.11. Транзиторной ишемической атаки;

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

3.3.3.5.13. Травматического повреждения головного мозга или сосудов головного мозга;

3.3.3.5.14. Лакунарного инсульта без неврологической симптоматики.

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, онкологические заболевания, 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, онкологические заболевания, 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 п. 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, устанавливаются 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. Размер страховой выплаты по Страховому случаю, наступившему по Страховому риску «Временная нетрудоспособность в результате заболевания» устанавливается за каждый день

Оплачиваемого периода нетрудоспособности **0,5 %** от страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица (указанной в п. 4.1. Заявления), но не более 2 000 (двух тысяч) рублей за каждый день Оплачиваемого периода нетрудоспособности. Оплачиваемым периодом нетрудоспособности является период с 15-го календарного дня нетрудоспособности по последний день нетрудоспособности (включительно).

При этом максимальное количество календарных дней, за которые производится страховая выплата в отношении Застрахованного лица, указано в п. 3.6.6.4. настоящих Условий;

3.6.2. Размер страховой выплаты по Страховому случаю, наступившему по Страховому риску **«Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая»** устанавливается за каждый день Оплачиваемого периода нетрудоспособности **0,5 %** от страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица (указанной в п. 4.1. Заявления), но не более 2 000 (двух тысяч) рублей за каждый день Оплачиваемого периода нетрудоспособности. Оплачиваемым периодом нетрудоспособности является период с 7-го календарного дня нетрудоспособности по последний день нетрудоспособности (включительно).

При этом максимальное количество календарных дней, за которые производится страховая выплата в отношении Застрахованного лица, указано в п. 3.6.6.5. настоящих Условий;

3.6.3. Размер страховой выплаты по Страховому случаю, наступившему по Страховому риску **«Госпитализация в результате несчастного случая»** устанавливается за каждый день Оплачиваемого периода госпитализации за каждый день Оплачиваемого периода госпитализации **0,3 %** от страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица (указанной в п. 4.1. Заявления), 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, указано в п. 3.6.6.3. настоящих Условий;

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

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

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

3.6.6.1. 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 Условий, за весь срок страхования по всем произошедшим с таким лицом страховым случаям не может превышать размера Страховой суммы, указанной в п. 4.1. Заявления на участие в программе страхования и установленной в отношении него Договором страхования по указанным в настоящем подпункте страховым рискам.

3.6.6.2. 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 Условий, за весь срок страхования по всем произошедшим с таким лицом страховым случаям не может превышать размера Страховой суммы, указанной в п. 4.2. Заявления на участие в программе страхования и установленной в отношении него Договором страхования по указанным в настоящем подпункте страховым рискам.

3.6.6.3. 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.

3.6.6.4. Максимальное количество календарных дней, за которые производится страховая выплата в отношении Застрахованного лица по страховому риску **«Временная нетрудоспособность в результате заболевания»** составляет 122 (сто двадцать два) календарных дня за весь Срок страхования.

3.6.6.5. Максимальное количество календарных дней, за которые производится страховая выплата в отношении Застрахованного лица по страховому риску **«Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая»** составляет 122 (сто двадцать два) календарных дня за весь Срок страхования.

3.6.6. По страховым рискам «Временная нетрудоспособность в результате заболевания», «Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая» страховая выплата осуществляется только за дни нетрудоспособности, входящие в Оплачиваемый период нетрудоспособности, установленный Договором страхования в отношении Застрахованного лица.

3.6.6.7. По страховому риску «Госпитализация в результате несчастного случая» страховая выплата осуществляется только за дни госпитализации, входящие в Оплачиваемый период госпитализации, установленный Договором страхования в отношении Застрахованного лица.

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

в) выписку из медицинской карты амбулаторного больного, в случае если Застрахованное лицо получало медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

г) выписной эпикриз из медицинской карты стационарного больного, если Застрахованное лицо проходило лечение в стационаре;

д) акт о несчастном случае на производстве по форме Н1 (если применимо);

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

3.7.2. 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 амбулаторной карты не менее чем за последние 5 (пять) лет с указанием диагнозов, точных дат их установления, 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) 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) оригинал (или электронный документ, подписанный электронной подписью Страхователя) справки-расчета по установленной Страховщиком форме, которая содержит информацию о Задолженности Застрахованного лица по Потребительскому кредиту (оформляется Страхователем). Допускается предоставление Страхователем информации о Задолженности Застрахованных лиц по Потребительским кредитам в электронной форме в формате реестра, согласованного Сторонами, подписанного электронной подписью Страхователя. Страхователь предоставляет информацию о Задолженности Застрахованных лиц по Потребительским кредитам на основании зарегистрированных страховых случаев в автоматизированной системе Страховщика.).

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) акт о несчастном случае на производстве по форме Н1;

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

ж) оригинал (или электронный документ, подписанный электронной подписью Страхователя) справки-расчета по установленной Страховщиком форме, которая содержит информацию о Задолженности Застрахованного лица по Потребительскому кредиту (оформляется Страхователем). Допускается предоставление Страхователем информации о Задолженности Застрахованных лиц по Потребительским кредитам в электронной форме в формате реестра, согласованного Сторонами, подписанного электронной подписью Страхователя. Страхователь предоставляет информацию о Задолженности Застрахованных лиц по Потребительским кредитам на основании зарегистрированных страховых случаев в автоматизированной системе Страховщика.

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

- а) Оригинал заявления о страховой выплате по установленной Страховщиком форме;
- б) Документы, удостоверяющие личность заявителя и получателя выплаты (если отличается от заявителя) и подтверждающие право на получение страховой выплаты (например, паспорт и свидетельство о праве на наследство);
- в) Заявление Застрахованного лица на участие в программе страхования (представляется по требованию Страховщика).

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.
3.12.2. Событие произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования.
3.12.3. 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.
3.12.4. Событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по Договору страхования.
3.12.5. За страховой выплатой обратилось лицо, не имеющее права на ее получение.
3.12.6. 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 по страховым рискам, указанным в настоящих Условий, 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 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения последнего из документов (в т.ч. запрошенных Страховщиком дополнительно), указанных в п.п. 3.7- 3.8. настоящих Условий.

Решение о страховой выплате по страховому риску «**Временная нетрудоспособность в результате заболевания**» Страховщик принимает один раз (при предоставлении документа, указанного в подпункте а) п. 3.7.1. Условий, один раз за весь период нетрудоспособности/временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица) или несколько раз по мере поступления документов, но не чаще чем один раз в месяц (при предоставлении документа, указанного в подпункте а) п. 3.7.1. Условий, несколько раз).

Решение о страховой выплате по страховому риску «**Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая**» Страховщик принимает один раз (при предоставлении документа, указанного в

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).

подпункте а) п. 3.7.1. Условий, один раз за весь период нетрудоспособности/временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица) или несколько раз по мере поступления документов, но не чаще чем один раз в месяц (при предоставлении документа, указанного в подпункте а) п. 3.7.1. Условий, несколько раз).

Решение об отказе в страховой выплате Страховщик принимает в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов (в т.ч. запрошенных Страховщиком дополнительно) и в тот же срок направляет Выгодоприобретателю письмо с обоснованием отказа.

4. ПРЕКРАЩЕНИЕ УЧАСТИЯ КЛИЕНТА В ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Участие 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, размещенным по ссылке <https://www.sberbank.ru/ru/person/udbo>). Направление заявления по почте или с использованием других каналов связи не допускается. Данное заявление обязательно должно содержать фамилию, имя, отчество, данные документа, удостоверяющего личность Клиента, 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 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 электронными сообщениями («мессенджеры»)) и (или) SMS-сообщения и (или) посредством сети «Интернет».