

УСЛОВИЯ УЧАСТИЯ

в ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ С РИСКОМ «ДИАГНОСТИРОВАНИЕ ОСОБО ОПАСНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ» для владельцев кредитных карт (применяются в отношении лиц, подавших Заявление на участие в Программе страхования, начиная с «__» _____ 2020 г.)

Настоящие Условия участия в Программе страхования жизни и здоровья с риском «Диагностирование особо опасного заболевания» для владельцев кредитных карт (далее – Условия участия, Условия) определяют порядок участия Клиента в Программе страхования жизни и здоровья с риском «Диагностирование особо опасного заболевания» для владельцев кредитных карт (далее – Программа страхования, Программа).

1. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

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

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

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

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

Банковская карта – кредитная или дебетовая карта, выпущенная на имя Клиента, со счета которой осуществляется списание Платы за участие в Программе страхования на основании поручения Клиента, номер счета которой указывается в Заявлении на участие в Программе страхования.

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

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

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

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

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

- по страховому риску «Диагностирование особо опасного заболевания» - это дата первичного диагностирования у Застрахованного лица в течение срока страхования инсульта, инфаркта миокарда или злокачественного онкологического заболевания.

Договор на выпуск и обслуживание Кредитной карты – договор на выпуск и обслуживание кредитной карты ПАО Сбербанк, в рамках которого открывается Счет для учета операций с использованием Кредитной карты и предоставление клиенту возобновляемой кредитной линии для проведения операций с использованием Кредитной карты/реквизитов Кредитной карты.

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

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

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 включается: лейкомия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркома. Заболевания, указанные в п. 3.5. 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** у Застрахованного лица в течение срока страхования. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом при обязательном наличии не менее двух нижеследующих симптомов (признаков):

- а) присутствие типичных болей в грудной клетке, характерных для инфаркта миокарда;
- б) вновь возникшие (новые) изменения на электрокардиограмме, характерные для инфаркта миокарда.

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 стойким необратимым неврологическим нарушениям. Оценка неврологических нарушений может быть произведена не ранее, чем через 3 месяца после инсульта. Инсульт должен быть **впервые диагностирован** у Застрахованного лица в течение срока страхования. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом, инструментальными методами исследования, такими как компьютерная томография (КТ) и/или магнитно-резонансная томография (МРТ).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Особо опасное заболевание - предусмотренное Правилам страхования и указанное в договоре страхования заболевание или состояние, впервые диагностированное Застрахованному лицу в течение срока страхования. При этом по смыслу настоящего определения не является впервые диагностированным в течение срока страхования заболевание или состояние, если в период, предшествующий началу срока страхования, в медицинской документации имеются записи, подтверждающие данный диагноз результатами медицинских исследований, характерных для диагностирования данного заболевания или состояния.

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

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

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

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

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

Страховая выплата – сумма денежных средств, которую Страховщик обязуется выплатить Выгодоприобретателю при наступлении события, признанного Страховым случаем.

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

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

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

¹ Правила страхования размещены по ссылке _____

2. УЧАСТИЕ КЛИЕНТА В ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ

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

2.2. Участие в Программе страхования (включение в число Застрахованных лиц) осуществляется на основании письменного заявления Клиента на участие в Программе страхования, предоставленного в Банк (далее – Заявление на участие в Программе страхования или Заявление). В случае изменения сведений, указанных в Заявлении, Клиент обязан незамедлительно уведомить об этом Банк в письменной форме. При этом внесение изменений в Заявление не требуется.

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

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

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

Выгодоприобретатели устанавливаются в отношении каждого Застрахованного лица отдельно согласно Заявлению.

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

2.4 Срок действия Программы страхования, в течение которого Банк организывает страхование Клиента в соответствии с настоящими Условиями, составляет 3 (Три) года с даты подписания Заявления на участие в Программе страхования. Программа страхования состоит из **ДВУХ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ этапов**. Действие Программы страхования заканчивается в связи с истечением срока действия Программы или в связи с досрочным прекращением действия Программы страхования в случаях, указанных в п. 4 Условий участия.

2.5. Клиент проинформируется Банком:

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

- о списании Платы за участие по Программе страхования в Очередном периоде путем размещения в Системе «Сбербанк Онлайн» в течение 10 (десяти) календарных дней с Даты Отчета информации о списании Платы за участие в Программе страхования в Очередном периоде; о причинах не списания Платы за участие в Программе страхования в Очередном периоде и о том, что страхование в Очередном периоде в отношении него не организовано путем направления SMS-сообщения течение 2 (двух) календарных дней с даты последней неуспешной попытки списания;

- о повышении размера тарифа (с 4-го месяца с даты подписания Заявления) и включении в Договоры страхования страхового риска «Диагностирование особо опасного заболевания» (**только для лиц, застрахованных по РАСШИРЕННОМУ** страховому покрытию).

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

2.7. Размер Платы за участие в Программе страхования в Очередном периоде определяется **ежемесячно** на основании размера Общей задолженности по Кредитной карте на Дату Отчета (включительно), указанную в Отчете, и рассчитывается по следующей формуле: *Страховая сумма*,

определенная Договором страхования, умноженная на соответствующий тариф (пп. 2.7.1 или пп. 2.7.2 Условий) за участие в Программе страхования в период действия Программы страхования, но не более 8 750 (Восьми тысяч семисот пятидесяти) рублей.

Тариф за Участие в Программе страхования в период действия Программы страхования является изменяемым и **составляет**:

2.7.1. **ЭТАП ПЕРВЫЙ** Программы страхования - $1,1\%^2$ от Страховой суммы по Договору страхования);

2.7.2. **ЭТАП ВТОРОЙ** Программы страхования - $1,15\%^3$ от Страховой суммы по Договору страхования.

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

3. ОПИСАНИЕ УСЛОВИЙ СТРАХОВАНИЯ

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

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

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

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

3.2. Страховые случаи и Страховые риски по Договору страхования:

ПЕРВЫЙ ЭТАП Программы страхования: первые три календарных месяца с даты подписания Заявления:

3.2.1. В отношении Клиентов, относящихся к любой(ым) категории(ям) из числа указанных ниже в п. 3.3.1. Условий, Договор страхования заключается на условиях **БАЗОВОГО** страхового покрытия, которое представляет собой страхование по риску **«Смерть от несчастного случая»**. Страховым случаем является смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования в результате несчастного случая.

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

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

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

3.2.2.3. **«Инвалидность 2 группы в результате несчастного случая»**. Страховым случаем является установление бюро Медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу в течение Срока страхования инвалидности 2 группы в результате несчастного случая.

3.2.2.4. **«Инвалидность 2 группы в результате заболевания»**. Страховым случаем является установление бюро Медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу в течение Срока страхования инвалидности 2 группы в результате заболевания.

² Или $2,2\%$ от Общей задолженности по Кредитной карте на Дату Отчета (включительно), указанную в Отчете.

³ Или $2,3\%$ от Общей задолженности по Кредитной карте на Дату Отчета (включительно), указанную в Отчете.

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

3.2.3. В отношении Клиентов Банка, относящихся к любой(ым) категории(ям) из числа указанных ниже в пп. 3.3.2 Условий, Договор страхования заключается на условиях **СПЕЦИАЛЬНОГО** страхового покрытия, которое представляет собой страхование по страховому риску **«Смерть от несчастного случая или заболевания»**. Страховым случаем является смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования в результате несчастного случая или Заболевания.

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

- 3.2.4.1. **«Смерть от несчастного случая или заболевания»**. Страховым случаем является смерть Застрахованного лица, наступившая в течение Срока страхования в результате несчастного случая или Заболевания;
- 3.2.4.2. **«Инвалидность 1 группы в результате несчастного случая или заболевания»**. Страховым случаем является установление бюро Медико-социальной экспертизы Застрахованному лицу в течение Срока страхования инвалидности 1 группы в результате несчастного случая или Заболевания;
- 3.2.4.3. **«Временная нетрудоспособность»**. Страховым случаем является непрерывная временная утрата общей трудоспособности Застрахованным лицом (непрерывное временное расстройство здоровья для неработающего Застрахованного лица) на срок не менее 16 (шестнадцати) календарных дней, начавшаяся в течение Срока страхования в результате несчастного случая, произошедшего в течение Срока страхования, или Заболевания, диагностированного в течение Срока страхования (за исключением событий, перечисленных в п. 3.4 настоящих Условий).

ВТОРОЙ ЭТАП Программы страхования: начиная с четвертого календарного месяца с даты подписания Заявления:

3.2.5. В отношении Клиентов, относящихся к любой(ым) категории(ям) из числа указанных ниже в п. 3.3.1 Условий, Договор страхования заключается на условиях **БАЗОВОГО** страхового покрытия, которое представляет собой страхование по риску **«Смерть от несчастного случая»**. Страховым случаем является смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования в результате несчастного случая;

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

- 3.2.6.1. Страховые риски, указанные в пп. 3.2.2. настоящих Условий;
- 3.2.6.2. **«Диагностирование особо опасного заболевания»**. Страховым случаем является первичное диагностирование у Застрахованного лица в течение Срока страхования инсульта, инфаркта миокарда или злокачественного онкологического заболевания как они определены настоящими Условиями (за исключением событий, перечисленных в п. 3.5 настоящих Условий).

3.2.7. В отношении Клиентов Банка, относящихся к любой(ым) категории(ям) из числа указанных ниже в пп. 3.3.2 Условий, Договор страхования заключается на условиях **СПЕЦИАЛЬНОГО** страхового покрытия, которое представляет собой страхование по страховому риску **«Смерть от несчастного случая или заболевания»**. Страховым случаем является смерть Застрахованного лица, наступившая в течение срока страхования в результате несчастного случая или Заболевания.

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

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

3.3.1. БАЗОВОГО страхового покрытия:

- 3.3.1.1. лица, возраст которых на дату подписания Заявления на участие в Программе страхования*, составляет менее 18 (восемнадцати) лет или более 70 (семидесяти) полных лет;
- 3.3.1.2. лица, у которых на дату начала срока страхования, установленную в отношении Застрахованного лица в каждом Договоре страхования, были диагностированы следующие заболевания: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, онкологические Заболевания, цирроз печени;

3.3.2. СПЕЦИАЛЬНОГО страхового покрытия:

- 3.3.2.1. лица, являющиеся на дату начала срока страхования, установленную в отношении Застрахованного лица в каждом Договоре страхования, инвалидами 1-й или 2-ей группы;
- 3.3.2.2. лица, которым в период, начиная с даты подписания Заявления на участие в Программе страхования*, до даты начала срока страхования, установленной в отношении Застрахованного лица в каждом Договоре страхования, была установлена инвалидность 1-й или 2-й групп;
- 3.3.2.3. лица, имеющие на дату подписания Заявления на участие в Программе страхования* действующее направление на медико-социальную экспертизу.

3.3.3. ИНДИВИДУАЛЬНОГО страхового покрытия: лица, являющиеся на дату начала срока страхования, установленную в отношении Застрахованного лица в каждом Договоре страхования, инвалидами 3-ей группы.

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

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

3.5. По страховому риску «Диагностирование особо опасного заболевания» не являются страховыми случаями (ИСКЛЮЧЕНИЯ из страхования) следующие события:

- 3.5.1. диагностирование заболевания, являющегося следствием врожденных пороков (аномалий) развития;
- 3.5.2. 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;

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

3.5.3. диагностирование следующих заболеваний:

- 3.5.3.1. Злокачественной опухоли кожи и меланомы, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 2 мм или которая не превышает уровень T(2b)N(0)M(0) по международной классификации TNM, или;
- 3.5.3.2. Злокачественной опухоли предстательной железы стадии T1 (включая T1a и T1b) по классификации TNM;
- 3.5.3.3. Карциномы in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN-3), а также любых опухоли гистологически описанных как предраковые заболевания;
- 3.5.3.4. Базальноклеточной карциномы или плоскоклеточной карциномы;
- 3.5.3.5. Хронического лимфоцитарного лейкоза стадии A (по классификации Binet) или стадии I (по классификации Rai);
- 3.5.3.6. Папиллярного рака щитовидной железы;
- 3.5.3.7. Неинвазивного папиллярного рака мочевого пузыря, гистологически описанного как имеющего стадию TaN(0)M(0) или меньше;
- 3.5.3.8. Любого вида злокачественных новообразований, протекающих на фоне ВИЧ-инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши);
- 3.5.3.9. Инфаркта миокарда только с увеличением показателей Тропонина I или T в крови без характерных изменений ЭКГ (т.е. без изменений сегмента ST или без появления патологических зубцов Q);
- 3.5.3.10. Стабильной/нестабильной стенокардии;
- 3.5.3.11. Транзиторной ишемической атаки;
- 3.5.3.12. Церебральных изменений, явившихся следствием неврологического дефицита, мигрени, гипоксии или травмы;
- 3.5.3.13. Травматического повреждения головного мозга или сосудов головного мозга;
- 3.5.3.14. Лакунарного инсульта без неврологической симптоматики.

3.5.4. не первичное диагностирование заболевания.

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

В качестве **даты начала срока страхования** указывается Дата Отчета по состоянию на которую образовалась Общая задолженность по Кредитной карте в размере не менее 3 000 (трех тысяч) рублей.

В качестве **даты окончания срока страхования** – дата, предшествующая дате очередного Отчета, следующего за Отчетом, в котором была указана Общая задолженность по Кредитной карте, в размере не менее 3 000 (трех тысяч) рублей. Дата окончания Срока страхования является датой окончания действия договора страхования в отношении Застрахованного лица. Датой Отчета является дата, определенная Договором на выпуск и обслуживание Кредитной карты, по состоянию на которую формируется Отчет по операциям с Кредитной картой, содержащий информацию об Общей задолженности на дату Отчета и иную информацию согласно условиям Договора на выпуск и обслуживание Кредитной карты. **Датой Отчета является день месяца**, указанный на ПИН-конверте в строке «Дата отчета»; по картам, выпускаемым без ПИН-конверта – день месяца, соответствующий дате, предшествующей дате выдачи Кредитной карты. Если в очередном календарном месяце отсутствует число, являющееся датой Отчета согласно вышеуказанным условиям, то Датой Отчета в таком месяце является предыдущий день месяца.

3.7. Страховая сумма устанавливается каждым Договором страхования в отношении каждого Застрахованного лица отдельно, согласно информации о размере страховой суммы, предоставленной Банком Страховщику. Страховая сумма является постоянной в течение срока действия Договора страхования (в Очередном периоде). Страховая сумма устанавливается единой (совокупно) по всем Страховым рискам, установленным в отношении Застрахованного лица по Договору страхования. Размер Страховой суммы устанавливается равным размеру двукратной Общей задолженности по

Кредитной карте на Дату Отчета (включительно), указанную в Отчете, но не более 2 500 000 (двух миллионов пятисот тысяч) рублей в отношении одного Застрахованного лица.

3.8. Страховая выплата по Страховым рискам, указанным в настоящих Условий, определяется в следующем порядке:

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

3.8.2. Размер Страховой выплаты по Страховому риску **«Инвалидность 2 группы в результате заболевания»** устанавливается равным 50% (пятидесяти процентам) от Страховой суммы, определенной в Договоре страхования в отношении Застрахованного лица;

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

Максимальное количество календарных дней нетрудоспособности, за которые производится Страховая выплата в отношении Застрахованного лица, указано в п. 3.8.4.2 настоящих Условий.

3.8.4. Договором Страхования предусмотрены следующие Лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства) по страховым рискам, указанным в настоящих Условий:

3.8.4.1. Размер Страховых выплат совокупно по всем Страховым рискам, установленным Договором страхования в отношении Застрахованного лица, за весь Срок страхования по всем произошедшим с таким лицом страховым случаям не может превышать размера Страховой суммы, определенной в Договоре страхования. При Страховой(ых) выплате(ах) в размере 100% установленной по Договору страхования Страховой суммы в отношении Застрахованного лица обязательства Страховщика в отношении конкретного Застрахованного лица считаются исполненными в полном объеме и действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается на следующий после Страховой выплаты день.

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

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

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

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

3.9.1. В отношении Страховых рисков **«Смерть от несчастного случая или заболевания», «Смерть от несчастного случая»** (с учетом того, что применимо):

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

б) официальный документ, содержащий причину смерти. Наиболее распространенными в этой связи документами являются медицинское свидетельство о смерти, справка о смерти органа ЗАГС (либо иного уполномоченного органа),

посмертный эпикриз, акт судебно-медицинского или патологоанатомического исследования трупа с приложением результатов судебно-химического исследования (или выписки из них);

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

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

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

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

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

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

3.9.2. В отношении Страховых рисков «Инвалидность 1 группы в результате несчастного случая или заболевания», «Инвалидность 2 группы в результате несчастного случая», «Инвалидность 2 группы в результате заболевания» (с учетом того, что применимо):

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

б) справки, выданные федеральным государственным учреждениям медико-социальной экспертизы, об установленных ранее группах инвалидности (в случае повторного установления группы инвалидности);

в) справка из ПФР о назначении пенсии (запрашивается по усмотрению Страховщика (в случае наличия пенсии по инвалидности);

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

д) медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частными врачами, содержащие данные осмотра, результаты анализов и инструментальных исследований, с указанием проводимого лечения (включая сроки), а также точной датой Несчастного случая (если причиной установления инвалидности явился Несчастный случай) или диагностирования Заболевания (если причиной события явилось заболевание).

Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица;

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

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

- з) оригинал справки-расчета по согласованной Страховщиком и Страхователем форме, которая содержит информацию об Общей задолженности по Кредитной карте на Дату страхового случая (оформляется Банком);
- и) медицинскую карту амбулаторного или стационарного больного, или выписку из медицинской карты Застрахованного лица за 5 (пять) лет, предшествующих вступлению договора страхования в силу, содержащих информацию об имевшихся у Застрахованного лица заболеваниях.

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

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

3.9.4. В отношении Страхового риска **«Диагностирование особо опасного 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;
- в) оригинал справки-расчета по согласованной Страховщиком и Страхователем форме, которая содержит информацию об Общей задолженности по Кредитной карте на Дату страхового случая (оформляется Банком);

3.9.5. В отношении любого Страхового риска:

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

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

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

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

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

- 3.12.1. умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица;
- 3.12.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 3.12.3. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 3.12.4. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

3.13. Страховщик **отказывает** в Страховой выплате по следующим основаниям:

- 3.13.1. Произошедшее событие не является Страховым случаем, т.е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен Договор страхования.
- 3.13.2. Договор страхования не был заключен (например, ввиду несогласованности Сторонами его существенных условий).
- 3.13.3. Событие произошло до начала или после окончания (в том числе досрочного) Срока страхования.
- 3.13.4. Сумма Страховой выплаты превышает Лимит ответственности (лимит страхового обязательства), установленные Договором страхования. При этом возможен частичный отказ в страховой выплате пропорционально превышению лимита.
- 3.13.5. Событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по Договору страхования.
- 3.13.6. За Страховой выплатой обратилось лицо, не имеющее право на ее получение.
- 3.13.7. По основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в том числе, когда Страховщик освобожден от Страховой выплаты).

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

3.15. Страховщик принимает решение по Страховым рискам, указанным в настоящих Условиях, о Страховой выплате (в случае признания произошедшего события страховым случаем и при отсутствии оснований для отказа в Страховой выплате), и осуществляет Страховую выплату в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения последнего из документов, указанных в пп. 3.9, 3.10 настоящих Условий.

По страховому риску «**Временная нетрудоспособность**» Страховая выплата производится после окончания периода нетрудоспособности/временного расстройства здоровья для неработающего Застрахованного лица (и получения Страховщиком всех необходимых документов, предусмотренных настоящими Условиями). Решение об отказе в Страховой выплате по страховым рискам, указанным в настоящих Условиях, Страховщик принимает в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов (в т.ч. запрошенных Страховщиком дополнительно) и в тот же срок направляет Выгодоприобретателю письмо с обоснованием отказа.

4. ПРЕКРАЩЕНИЕ УЧАСТИЯ КЛИЕНТА В ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ

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

4.2. По инициативе Клиента действие Программы страхования может быть прекращено досрочно на основании письменного заявления Клиента-Застрахованного лица, предоставленного в любое подразделение Банка при личном обращении. Направление заявления по почте или с использованием других каналов связи не допускается. Данное заявление обязательно должно содержать фамилию, имя, отчество, паспортные данные Клиента, подпись клиента с расшифровкой, дату подписания. При этом возврат Клиенту в полном размере последней уплаченной Платы за участие в Программе страхования⁴, производится Банком только в случае подачи Клиентом в Банк заявления в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты, следующей за датой подписания Заявления на участие в Программе страхования и/или 7 (семи) календарных дней с даты, следующей за датой списания Платы за участие в Программе страхования в последнем оплаченном Очередном периоде. Договор страхования в этом случае в отношении Клиента не заключается, участие Клиента в Программе страхования прекращается со дня, следующего за днем обращения.

В иных случаях⁵ Договор страхования (по которому была уплачена Плата за участие в Программе страхования), заключенный в Очередном периоде, в который было подано заявление, продолжает действовать до окончания срока страхования, определенного Договором страхования.

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

4.3.1. достижения Клиентом предельного возраста (74 года);

4.3.2. приостановление операций по счету Кредитной карты/блокировки Кредитной карты в соответствии с условиями Договора на выпуск и обслуживание Кредитной карты или нарушения Клиентом указанного договора, или прекращения срока действия такого договора;

4.3.3. по счету банковской карты, с которой осуществляется списание Платы за участие в Программе страхования, приостановлены операции/карта заблокирована в соответствии с соответствующим договором на выпуск и обслуживание банковской карты;

4.3.4. принятия Банком решения о прекращении действия Программы (закрытии Программы). В данном случае Банк обязан разместить информацию о прекращении действия Программы на официальном сайте Банка и направить SMS-сообщения Клиентам, участвующим в Программе, о прекращении действия Программы.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (Страховщик):

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

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

При наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, просьба обращаться в ООО СК «Сбербанк страхование жизни» по тел.⁶: 900 (бесплатно с мобильных на территории РФ) или 8 495 500 55 50 (для звонков из любой точки мира).

⁴ Проценты, начисленные Банком на сумму уплаченной Платы за участие (по счету кредитной карты), возврату не подлежат (если сумма платы за участие в Программе страхования списывалась со счета кредитной карты).

⁵ При подаче Заявления об отказе от участия в Программе по истечении 7 (семи) календарных дней с даты, следующей за датой списания Платы и по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней с даты, следующей за датой подписания Заявления.

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

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

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>