Ключевой информационный документ

подготовлен на основании Правил страхования № 0071.СЖ.01.00, утвержденных приказом ООО СК «Сбербанк страхование жизни» от 14 ноября 2022 года (далее – «Правила страхования») и Условий участия в программе страхования № 8 «Защита здоровья и в связи со снижением оклада заемщика» (далее – Условия)

Кредитор: Публичное акционерное общество «Сбербанк России»

Страховщик: Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»

Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

Стоимость страхования: _____ (_____) рублей, **из них:**

_____ рублей – **страховая премия за дополнительные страховые риски**

Дополнительные страховые риски:
1) «Дожитие Застрахованного лица до наступления события – снижения оклада». 2) «Смерть Застрахованного лица в результате Авиакатастрофы или Железнодорожной катастрофы».
3) «Временная нетрудоспособность в результате заболевания».
4) «Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая». 5) «Госпитализация в результате несчастного случая».
6) «Первичное диагностирование критического заболевания»

По всем дополнительным страховым рискам выгодоприобретателем является Застрахованное лицо (в случае смерти – его наследники).

Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

1. Страховщик **отказывает в страховой выплате** по следующим основаниям: произошедшее событие не является страховым случаем, т.е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен Договор страхования (например, отнесено к **исключениям из страхового покрытия** (п. 3 настоящего раздела) или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из **определений, закрепленных в Условиях (Правилах страхования)** или в отношении соответствующего застрахованного лица не предусмотрен такой страховой риск); событие произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования; сумма страховой выплаты превышает лимит ответственности (лимит страхового обязательства) или иные параметры, установленные договором страхования, при этом возможен частичный отказ в выплате пропорционально превышению лимита/параметров; событие произошло с лицом, которое не является застрахованным лицом по договору страхования; за страховой выплатой обратилось лицо, не имеющее право на ее получение; по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ (в т.ч. когда страховщик освобожден от страховой выплаты в соответствии с законодательством РФ (п. 2 настоящего раздела).

2. Страховщик **освобождается от страховой выплаты**, если страховой случай наступил вследствие: умысла страхователя, выгодоприобретателя или застрахованного лица (в том числе самоубийство, совершенное в течение первых двух лет действия страхования); воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения; военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий; гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

3. Исключения из страхового покрытия, не являются страховыми случаями:
3.1. по риску **Дожитие Застрахованного лица до наступления события – снижения оклада** 1) заключение договора (дополнительного соглашения к договору) прямо не предусмотренного в подп. 3.2.1 Условий; 2) заключение трудового договора

ОБРАЗЕЦ

(дополнительного соглашения к трудовому договору) о выполнении работы по совместительству (внутреннему или внешнему); повлекшего снижение Должностного оклада в размере менее чем 15 % от размера Предыдущего должностного оклада; заключение трудового договора (дополнительного соглашения к трудовому договору), повлекшего снижение базового должностного оклада (ст. 129 ТК РФ).

3.2. по риску **Временная нетрудоспособность в результате заболевания** событие, наступившее: 1) на срок **менее 15 календарных дней;** 2) 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) по причине следующего(их) заболевания(й), раннее диагностированного(ых) у застрахованного лица до даты (включая указанную дату) списания /внесения Платы за участие: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, злокачественное новообразование (рак), цирроз печени.

3.3. по риску **Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая** событие, наступившее: 1) на срок **менее** 7 **календарных дней**; 2) а срок **более 7 календарных дней**, если этот срок не был непрерывным с первого дня нетрудоспособности/первого дня временного расстройства здоровья для неработающего застрахованного лица.

3.4. по риску **Первичное диагностирование критического заболевания** диагностирование заболевания: 1) являющегося следствием врожденных пороков (аномалий) развития, 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; 2) наступившего по причине следующего(их) заболевания(й), ранее диагностированного(ых) у Застрахованного лица до даты (включая указанную дату) списания /внесения Платы за участие: ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), инсульт, злокачественное новообразование (рак), цирроз печени; 3) не первичное диагностирование заболевания.

Раздел III. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

Для получения страховой выплаты по дополнительным страховым рискам требуется представить документы, предусмотренные п. 3.7 Условий (в зависимости от того, что применимо), п. 3.8 Условий.

1) По риску Дожитие Застрахованного лица до наступления события – снижения оклада: в п. 3.7.1. Условий; **2)** По риску Смерть Застрахованного лица в результате Авиакатастрофы или Железнодорожной катастрофы: в п. 3.7.2. Условий; **3)** По рискам Временная нетрудоспособность в результате заболевания, Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая: в п. 3.7.3 Условий; **4)** По риску Госпитализация в результате несчастного случая: в п. 3.7.4 Условий; **5)** По риску Первичное диагностирование критического заболевания: в п. 3.7.5 Условий.

Страховая выплата осуществляется в течение 30 календарных дней со дня представления указанных документов.

Раздел IV. КАК ВЕРНУТЬ СТОИМОСТЬ СТРАХОВАНИЯ?

Основания для возврата стоимости страхования	Сумма возврата стоимости страхования
1. Отказ от добровольного страхования в течение 14 календарных дней со дня подписания Заявления на участие в программе страхования	100 % стоимости страхования

DRAFT

2. Отказ от добровольного страхования в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования (при отсутствии до момента отказа от страхования событий, имеющих признаки страхового случая)	100 % страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование
3. В случаях, предусмотренных законодательством РФ	100 % страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование (если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ)

В иных случаях стоимость страхования возврату не подлежит.

Возврат стоимости страхования осуществляется в течение 7 рабочих дней со дня получения соответствующего заявления (а по п. 3 настоящего раздела - со дня получения подтверждающих документов).

Раздел V. КАК ПОВЛИЯЕТ ОТКАЗ ОТ СТРАХОВАНИЯ НА КРЕДИТ (ЗАЕМ)?

Отказ от дополнительных страховых рисков не влияет на кредит (заем).

Раздел VI. КУДА ОБРАЩАТЬСЯ?

Заявления об отказе от страхования, о возврате стоимости страхования, иные сообщения могут быть направлены:

Кредитору по адресу:	отделения ПАО Сбербанк (перечень указан на официальном сайте Кредитора в сети «Интернет» по ссылке: http://www.sberbank.ru/ru/oib?tab=vsp)

Раздел VII. КАК УРЕГУЛИРОВАТЬ СПОР ДО СУДА?

Направить кредитору (страховщику) заявление (претензию) в письменной форме.
Если кредитор (страховщик) не удовлетворил заявление (претензию), при этом размер требований не превышает 500 000,00 рублей, до обращения в суд необходимо обратиться к уполномоченному по правам потребителей финансовых услуг:
сайт: www.finombudsman.ru;
адрес: 119017, г. Москва, Старомонетный пер., дом 3.
Рассмотрение уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг обращения потребителя финансовых услуг осуществляется бесплатно.

ОБРАЗЕЦ

Заявление на участие в Программе страхования № 8 «Защита здоровья и в связи со снижением оклада заемщика»

в _____ **(наименование подразделения Банка)**

Я, _____, _____года рождения, паспорт: _____№_____, дата выдачи_____, выдан _____, код подразделения _____, адрес регистрации:_____, подписывая настоящее Заявление (далее – Заявление на участие в Программе страхования, Заявление), **выражаю согласие** быть застрахованным в Обществе с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни» (сокращенное наименование: ООО СК «Сбербанк страхование жизни», адрес места нахождения: 121170, г. Москва, ул. Поклонная, д. 3, корпус 1; ИНН 7744002123; ОГРН 1037700051146), именуемом далее – Страховщик, и **прошу** Публичное акционерное общество «Сбербанк России» (117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19; ИНН 7707083893; ОГРН 1027700132195) (далее также – ПАО Сбербанк, Банк) **заключить в отношении меня Договор страхования** по Программе страхования № 8 «Защита здоровья и в связи со снижением оклада заемщика» (далее – Договор страхования) в соответствии с условиями, изложенными в настоящем Заявлении и Условиях участия в Программе страхования № 8 «Защита здоровья и в связи со снижением оклада заемщика» (далее – Условия участия).

Мне понятно, и я согласен(на) с тем, что Договор страхования в отношении меня заключается на следующих условиях:

1. Страховые риски:

1.1. «Дожитие Застрахованного лица до наступления события – снижения оклада»;
1.2. «Смерть Застрахованного лица в результате Авиакатастрофы или Железнодорожной катастрофы»;
1.3. «Временная нетрудоспособность в результате заболевания»;
1.4. «Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая»;
1.5. «Госпитализация в результате несчастного случая»;
1.6. «Первичное диагностирование критического заболевания».

2. Срок действия Договора страхования в отношении меня определяется датой начала (подп. 2.1.1 Заявления) и датой окончания (подп. 2.2 Заявления) срока страхования. По страховым рискам, указанным в настоящем Заявлении, устанавливаются разные Сроки страхования.

2.1. **Дата начала Срока страхования** (при условии заключения в отношении меня Договора страхования):

2.1.1. По страховым рискам «Госпитализация в результате несчастного случая», «Смерть Застрахованного лица в результате Авиакатастрофы или Железнодорожной катастрофы»: дата списания/внесения Платы за участие в Программе страхования;

2.1.2. По страховым рискам «Временная нетрудоспособность в результате заболевания», «Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая», «Дожитие Застрахованного лица до наступления события – снижения оклада»: 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;

2.1.3. 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.

2.2. **Дата окончания Срока страхования** по всем страховым рискам: дата, соответствующая последнему дню срока, равного _____ месяцу(ам), который начинает течь с даты списания/внесения Платы за участие.

3. Плата за участие в Программе страхования 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 _____годовых.

4. Страховая сумма

4.1. По страховым рискам «Дожитие Застрахованного лица до наступления события – снижения оклада», «Смерть Застрахованного лица в результате Авиакатастрофы или Железнодорожной катастрофы» страховая сумма устанавливается совокупно (единой) в размере: _____руб.

4.2. По страховым рискам «Временная нетрудоспособность в результате заболевания», «Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая», «Госпитализация в результате несчастного случая», «Первичное диагностирование критического заболевания» страховая сумма устанавливается совокупно (единой) в размере: _____руб.

5. Размер Страховой выплаты по Страховым случаям, наступившим по Страховым рискам, перечисленным в настоящем Заявлении, указан в п. 3.6. Условий участия.

6 По всем страховым рискам **выгодоприобретателем** является застрахованное лицо (а в случае его смерти - наследники застрахованного лица).

7. Размер Расчетной величины (как этот термин определен в Условиях участия), используемой для определения размера Страховой выплаты по страховому риску «Дожитие Застрахованного лица до наступления события - снижения оклада», составляет _____ руб.

Я подтверждаю, что:

• мне предоставлена вся необходимая и существенная информация о Страховщике и страховой услуге, в том числе связанная с заключением и исполнением Договора страхования;

• я уведомлен(а) о случаях, при которых Страховщик может отказать в Страховой выплате, а также о наличии исключений[1] из страхового покрытия, и о том, что является Страховым случаем по каждому из указанных в Заявлении страховых рисков, и что с такими случаями, исключениями и понятиями я был(а) ознакомлен(а)/ознакомился(ась) до подписания

[1] *Исключения из страхового покрытия – это события, которые не являются страховыми случаями и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату. Основания освобождения Страховщика от страховой выплаты содержатся в Условиях участия.*

настоящего Заявления;

• я ознакомлен(на) с порядком определения страховых выплат, указанном в п. 3.6 Условий участия, и согласен(на) с ним;

• мне разъяснено, что Плата за участие в Программе страхования, может быть, уплачена по моему усмотрению любым из следующих способов: путем списания со счета вклада (позволяющего совершать расходные операции) / счета банковской карты/ за счет суммы предоставленного кредита ПАО Сбербанк.

Я ознакомлен(а) с тем, что действие Договора страхования не зависит от досрочного погашения задолженности по кредитному договору и не прекращается в связи с досрочным погашением кредита.

Я разрешаю ПАО Сбербанк предоставлять ООО СК «Сбербанк страхование жизни» и АО «Интеркомп» информацию о кредитном договоре, номере ссудного счета и сумме потребительского кредита (остатке задолженности по кредиту, включая на дату наступления страхового случая), который мне был выдан ПАО Сбербанк на основании кредитного договора для целей заключения и исполнения Договора страхования, по которому я являюсь Застрахованным лицом, в том числе принятия Страховщиком решения по произошедшему со мной событию, имеющему признаки страхового случая, в любом виде и в любой форме, которую стороны Договора страхования сочтут приемлемой.

Настоящим я **даю согласие** на обработку моих персональных данных, в том числе указанных в настоящем Заявлении, а также полученных в рамках исполнения Договора страхования между ПАО Сбербанк и ООО СК «Сбербанк страхование жизни», включая: ФИО; дата рождения; пол; место рождения; сведения о состоянии моего здоровья; страна рождения; гражданство; тип документа, удостоверяющего личность (далее – ДУЛ); серия и номер ДУЛ; дата выдачи ДУЛ; информация об органе, выдавшем ДУЛ; код подразделения, выдавшего ДУЛ; ИНН, СНИЛС; адрес регистрации/адрес постоянного проживания/почтовый адрес; контактные данные (включая номер телефона и адрес электронной почты); сведения о состоянии моего здоровья с совершением следующих действий (операций) или совокупности действий (операций), с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение указанным ниже лицам и в соответствующих целях:

- ПАО Сбербанк - для передачи (предоставление, доступ) персональных данных в ООО СК «Сбербанк страхование жизни» и АО «Интеркомп» (119435, Россия, г. Москва, муниципальный округ Хамовники вн.тер.г., Большой Саввинский пер., д. 12, стр. 6, этаж 2, помещ. Ia) для заключения в отношении меня Договора страхования между ПАО Сбербанк и ООО СК «Сбербанк страхование жизни», а также исполнения, изменения, прекращения Договора страхования, получения страховой выплаты.
- ООО СК «Сбербанк страхование жизни» - для заключения в отношении меня Договора страхования между ПАО Сбербанк и ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (включая оценку страхового риска), а также его изменения, исполнения, прекращения, получения страховой выплаты; реализации процесса взаимодействия с субъектом персональных данных, в том числе путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи, по вопросам оказания и/или продвижения страховых услуг ООО СК «Сбербанк страхование жизни»; контроля и оценки качества обслуживания.

Я уведомлен(а) о необходимости:

- ознакомления с Правилами страхования, размещенными по ссылке https://sberbank-insurance.ru/up/pravila_dsgh_pk_71.pdf ;
- незамедлительно сообщать ПАО Сбербанк об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Я даю согласие ООО СК «Сбербанк страхование жизни» на поручение обработки, персональных данных:

- АО "Интеркомп" (119435, Россия, г. Москва, муниципальный округ Хамовники вн.тер.г., Большой Саввинский пер., д. 12, стр. 6, этаж 2, помещ. Ia) в целях исполнения ООО СК «Сбербанк страхование жизни» обязательств по договору страхования, по которому я являюсь Застрахованным лицом, включая принятие решения Страховщиком по событию, имеющему признаки страхового случая, в том числе принятие решения по страховой выплате;
- третьим лицам, осуществляющим обработку персональных данных (за исключением специальной категории ПДн) по поручению Страховщика и / или получающим персональные данные на основании заключенных с этими лицами договоров / соглашений (перестрахования, сострахования, агентские, договоры о сотрудничестве, возмездного оказания услуг (в т.ч. медицинских и иных услуг), обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с оказанием страховой услуги, для достижения следующих целей:
  - ○ контроля и оценки качества предоставляемой страховой услуги;
  - ○ взаимодействия и обмена информацией с субъектом персональных данных, в том числе, путем осуществления прямых контактов с субъектом персональных данных с помощью средств связи, по вопросам оказания и/или продвижения страховых услуг Страховщика;
  - ○ участия в программах лояльности;
  - ○ принятия ООО СК «Сбербанк страхование жизни» решения о заключении (в том числе оценки страховых рисков), изменении, прекращении, исполнении договора страхования, по которому субъект персональных данных будет являться Застрахованным лицом.

Обработка персональных данных будет осуществляться ООО СК «Сбербанк страхование жизни» и третьими лицами исключительно в составе, необходимом для достижения вышеназванных целей при их возникновении.

Перечень третьих лиц, не указанных в настоящем документе, указан на официальном сайте Страховщика по адресу https://www.sberbank-insurance.ru/upload/92/92e5d3d0ce93134ca2016f9682b278ba.pdf.

Я даю свое согласие на предоставление ООО СК «Сбербанк страхование жизни» любыми медицинскими организациями (лечебно-профилактическими учреждениями, учреждениями здравоохранения особого типа) и/или частными врачами, у которых я проходил лечение, нахожусь или находился под наблюдением, а также федеральными государственными учреждениями МСЭ и Фондами ОМС (в т.ч. территориальными) сведений о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии моего здоровья и диагнозе (прогнозе), иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, и любые сведения обо мне и/или в связи со мной, отнесенные к врачебной тайне, а также даю согласие на предоставление ООО СК «Сбербанк страхование жизни» сведений о своей временной нетрудоспособности из ФСС и данных по факту своей смерти из Пенсионного фонда Российской Федерации (включая его отделения), иных органов/организаций/учреждений, располагающих такой информацией. Данное согласие дается мною в целях принятия ООО СК «Сбербанк страхование жизни» решения по произошедшему со мною событию, имеющему признаки страхового случая, а также принятия решения о страховой выплате в случае признания такого события страховым случаем.

Я согласен(а), что получение ООО СК «Сбербанк страхование жизни» сведений обо мне, в том числе составляющих врачебную тайну, может осуществляться в любом виде, в любой форме (в том числе в форме справок, актов, заключений, результатов обследований), в любое время, в том числе в случае моей смерти.
Настоящие согласия даются мной ПАО Сбербанк и ООО СК «Сбербанк страхование жизни» на срок с даты подписания настоящего Заявления по дату окончания срока страхования, увеличенному на 5 лет (для ПАО Сбербанк) и на 5 лет для ООО СК «Сбербанк страхование жизни» от даты окончания срока страхования, если более длительный срок обработки персональных данных не предусмотрен требованиями законодательства, и могут быть отозваны мной путем подачи письменного заявления в ПАО Сбербанк или в ООО СК «Сбербанк страхование жизни» соответственно.

Я уведомлен(а) о том, что в случае отзыва настоящих согласий (или одного из них) ПАО Сбербанк и/или ООО СК «Сбербанк страхование жизни» соответственно вправе продолжить обработку моих персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в п.п. 2-11 ч.1 ст.6, ч.2 ст.10 и ч.2 ст.11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Мне понятно, и я согласен(на), что ПАО Сбербанк организовывает мое страхование путем заключения договора страхования с ООО СК «Сбербанк страхование жизни» при условии уплаты мною Платы за участие в Программе страхования. Если Плата за участие к Программе страхования не была оплачена в полном объеме или была возвращена на мой счет, Договор страхования в отношении меня не заключается.

Я подтверждаю свое согласие оплатить сумму Платы за участие в Программе страхования в размере _____
(_____) руб.

Подписывая настоящее Заявление, я:

- **подтверждаю, что до подписания настоящего Заявления, Ключевой информационный документ (КИД) мне предоставлен, я с КИД ознакомлен(а), информация (в том числе, специальные термины), условия страхования, содержащиеся в КИД, мне понятны;**
- **подтверждаю, что до подписания настоящего Заявления** с Условиями участия в Программе страхования, которые применяются в отношении лиц, подписавших Заявление на Участие в Программе страхования, начиная с 14 ноября 2022 года, ознакомлен(а) и согласен(а) (размещены по ссылке http://www.sberbank.ru/ru/person/bank_inshure/insuranceprogram/life/accident).

При подписании Заявления собственноручной подписью на бумажном носителе подтверждаю, что КИД, второй экземпляр Заявления на Участие в Программе страхования, Условия участия в Программе страхования, которые применяются в отношении Застрахованных лиц, принятых на страхование начиная с 14 ноября 2022 года, мне вручены ПАО Сбербанк и мною получены.

При подписании мною Заявления простой электронной подписью **подтверждаю, что мне понятно, и я согласен(на) с тем,** что:

- данное Заявление в электронной форме, подписанное простой электронной подписью способами, предусмотренными Правилами электронного взаимодействия[2], действующие на дату подписания Заявления, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному моей собственноручной подписью, и порождает аналогичные документу на бумажном носителе права и обязанности и может служить доказательством в суде;
- одной электронной подписью могут быть подписаны несколько связанных между собой электронных документов (пакет электронных документов). При подписании электронной подписью пакета электронных документов каждый из электронных документов, входящих в этот пакет, считается подписанным электронной подписью того вида, которой подписан пакет электронных документов;
- электронная подпись формируется в соответствии с Приложением 3 к «Условиям банковского обслуживания физических лиц ПАО Сбербанк»[2];
- я принимаю на себя исполнение всех обязательств, вытекающих из электронных документов, подписанных в соответствии с настоящим порядком;
- после подписания Заявления на участие в Программе страхования простой электронной подписью при наличии технической возможности застрахованное лицо получает копию электронного документа на адрес электронной почты или копию электронного документа на бумажном носителе (по выбору Застрахованного лица).

[2] *Приложение № 3 к Условиям банковского обслуживания физических лиц ПАО Сбербанк, размещенным по ссылке http://www.sberbank.ru/ru/person/udbo.*

Дата подписания[3] Заявления:

Подписано в электронном виде
ID:

ОБРАЗЕЦ

[3] *При оформлении Клиентом Заявления на участие в Программе страхования в электронном виде в Сбербанк Онлайн и через Мобильное рабочее место датой подписания Заявления является дата нажатия на кнопку «подтвердить» и проведения успешной аутентификации.*