



Условия страхования по «Программе страховой защиты заемщиков Банка 3.0»

Действуют с 17 апреля 2024 года

На основании указанного в Заявлении-Анкете согласия Клиента на участие в Программе страховой защиты заемщиков Банка, Клиент становится участником Программы страховой защиты заемщиков Банка 3.0 (далее — Программа страхования). В отношении Застрахованного лица в течение каждого периода страхования применяется редакция Программы страхования, действующая в первый день соответствующего Периода страхования, при этом все редакции Программы страхования размещаются на сайте Страховщика. Условия Программы страхования определяются Договором коллективного страхования заемщиков Банка 3.0, заключенным между Акционерным обществом «Тинькофф Банк» и Акционерным обществом «Тинькофф Страхование» (далее — Договор страхования) и «Правилами комбинированного страхования от несчастных случаев, болезней и финансовых рисков, связанных с потерей работы» Страховщика в редакции, действующей в первый день соответствующего Периода страхования (далее — Правила страхования).

1. Основные определения

- 1.1. **Страховщик** — АО «Тинькофф Страхование».
- 1.2. **Страхователь/Банк** — АО «Тинькофф Банк».
- 1.3. **Застрахованные лица** — дееспособные физические лица, заключившие со Страхователем Кредитный договор, подтвердившие свое согласие на включение в Программу страхования на условиях, предусмотренных для данной категории физических лиц, и которые на Дату первичного подключения к программе страхования:
 - не являются инвалидами 1-ой, 2-ой группы и не имеют действующего направления на медико-социальную экспертизу;
 - не имеют и не имели в прошлом следующих заболеваний: туберкулеза; гепатита В; гепатита С; болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); злокачественного новообразования; сахарного диабета; психического расстройства; расстройства поведения; болезни, характеризующейся повышенным кровяным давлением; сердечно-сосудистого заболевания; цирроза печени.
- 1.3.1. Сообщение заведомо ложных сведений, в том числе путем подтверждения Застрахованным лицом отсутствия на Дату первичного подключения к Программе страхования указанных в п. 1.3 заболеваний, является основанием для признания Договора страхования в отношении лица, не соответствующего указанным в п. 1.3 характеристикам, недействительным.
- 1.4. **Выгодоприобретатель** — Застрахованное лицо, его наследники. В случае наличия заявления о страховой выплате от нескольких наследников страховая выплата производится всем наследникам в равных долях.
- 1.5. **Несчастный случай** — внезапное, внешнее, непредвиденное воздействие различного рода внешних факторов (включая физические, химические, технические), произошедшее независимо от воли Страхователя и (или) Застрахованного и (или) Выгодоприобретателя, и повлекшее за собой причинение вреда здоровью Застрахованного или его смерть.
 - 1.5.1. К событиям, последствия которых рассматриваются Страховщиком на предмет признания несчастным случаем, в частности, относятся: взрыв; действие электрического тока; удар молнии; нападение злоумышленников или животных; падение предметов на Застрахованного; падение самого Застрахованного; попадание в дыхательные пути инородного тела; утопление; случайное острое отравление ядовитыми растениями, грибами, химическими веществами, лекарствами, ядовитыми газами; пищевое отравление; движение средств транспорта или их крушение; пользование движущимися механизмами, оружием и всякого рода инструментами; воздействие высоких (термические ожоги, кроме солнечных) или низких (отморожения) температур, химических веществ; внешнее событие в виде неправильных/ошибочных медицинских манипуляций (операция и медицинские процедуры), которое привело к инвалидности или смерти Застрахованного; патологические роды, приведшие к инвалидности или смерти Застрахованного; инфекционное заболевание, возникшее вследствие случайного (непреднамеренного) занесения инфекции через рану или инфицирования Застрахованного в медицинском учреждении в результате лечения методами, являющимися общепринятыми в медицинской практике, в соответствии с официальным назначением лечащего врача; заражение Застрахованного гепатитом В, С, ВИЧ-инфекцией или СПИДом, произошедшие в результате переливания крови по назначению врача в медицинском учреждении или в результате осуществления медицинским работником профессиональной медицинской деятельности; заражение инфекционными заболеваниями, тромбозом или воздушная эмболия, произошедшие в результате выполнения Застрахованным донорских функций по сдаче крови или ее компонентов на пунктах переливания крови; заболевание Застрахованного клещевым энцефалитом, болезнью Лайма, боррелиозом, клещевым энцефаломиелитом вследствие укуса энцефалитного клеща.
 - 1.5.2. Не являются Несчастливым случаем остро возникшие или хронические заболевания и их осложнения (как ранее диагностированные, так и впервые выявленные), в частности инфаркт миокарда, инсульт, аневризмы, опухоли, функциональная недостаточность органов, врожденные аномалии органов.

- 1.5.3. Заболевания, не указанные в определении «Несчастный случай» настоящих Условий страхования, Несчастливым случаем не являются.
- 1.6. **Болезнь** — любое нарушение состояния здоровья Застрахованного, диагностированное врачом, повлекшее за собой смерть или инвалидность 1 или 2 группы, не вызванное Несчастливым случаем.
- 1.7. **Кредитный договор** — заключенный между Страхователем и Застрахованным лицом договор о предоставлении кредита по программам кредитования под залог движимого и/или недвижимого имущества, включающий в себя соответствующие Заявку, Тарифы и Общие условия кредитования, которые регламентируются Условиями комплексного банковского обслуживания физических лиц Страхователя, размещенными на интернет-сайте Страхователя.
- 1.8. **Сумма выданного кредита** — сумма денежных средств, предоставляемых Страхователем Застрахованному лицу в качестве кредита по кредитному договору по программам кредитования под залог движимого и/или недвижимого имущества и фактически зачисленная Страхователем на счет Застрахованного. Общий размер кредита устанавливается в кредитном договоре между Застрахованным лицом и Страхователем и может быть выдан Страхователем Застрахованному частями либо одновременно в размере всей суммы кредита.
- 1.9. **Дата первичного подключения к Программе страхования** — дата первого подключения к Программе страхования. Факт и дата подключения к Программе страхования Застрахованного лица фиксируется в Заявлении-Анкетe и/или Заявке, подаваемой Застрахованным лицом Страхователю в целях заключения Кредитного договора, и/или иным способом, установленным Сторонами.
- 1.10. **Период страхования** — период времени, в течение которого в отношении Застрахованного лица действует страховая защита, и определяемый как:
- по всем Периодам страхования, кроме первого Периода страхования — период времени, даты начала и окончания которого соответствуют датам начала и окончания Расчетного периода, установленного Кредитным договором. Расчетный период — период с даты сформированной выписки по задолженности (далее — Выписка) до даты формирования следующей Выписки — определяется в соответствии с Условиями комплексного банковского обслуживания физических лиц АО «Тинькофф Банк»;
 - по первому Периоду страхования — период времени, не превышающий 90 дней с даты первого включения Застрахованного лица в Программу страхования.

2. Общие положения Программы страхования

Участие в Программе страхования является для заемщиков кредитов добровольным, осуществляется только по их собственному желанию и не является обязательным условием для заключения Кредитного договора с АО «Тинькофф Банк». Заемщики свободны в выборе страховых организаций и могут страховаться по своему желанию в любых страховых организациях. Неучастие заемщика в Программе страхования не является основанием для отказа в выдаче кредита или отказа в заключении Кредитного договора.

Заемщик может отказаться от участия в Программе страхования в любое время, обратившись в Банк по телефону 8 800 555-10-10, а также через Интернет-банк или Мобильный Банк, при этом действие Программы страхования в отношении данного заемщика заканчивается в день формирования Выписки за Расчетный период, в котором он отказался от участия в Программе.

Заемщик также может обратиться в Банк с заявлением о возврате платы за включение в Программу страхования в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты формирования Выписки, содержащей информацию об удержании платы за включение в Программу страхования за Расчетный период, в котором началось действие Программы страхования, при условии отсутствия в данном Расчетном периоде событий, имеющих признаки Страхового случая. При этом Банк возвращает заемщику удержанную плату за включение в Программу страхования в течение 7 (семи) рабочих дней с даты получения соответствующего заявления.

Повторное включение заемщика в Программу страхования возможно по соглашению между Банком и заемщиком. При этом, действие страховой защиты начинается со дня, следующего за днем окончания Расчетного периода, в котором Банк и заемщик кредита достигли соглашения о повторном подключении к Программе страхования. Расчетный период — период с даты сформированной Выписки до даты формирования следующей Выписки.

В случае полного досрочного погашения заемщиком задолженности по Кредитному договору, Банк в течение 7 (семи) рабочих дней с даты получения заявления заемщика об исключении его из числа Застрахованных лиц по Договору страхования осуществляет возврат денежных средств в размере платы за включение в Программу страхования за вычетом части денежных средств, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого заемщик являлся Застрахованным лицом по Договору страхования, при условии отсутствия в течение данного времени событий, имеющих признаки Страхового случая.

В случае непредоставления, предоставления неполной или недостоверной информации о Программе страхования, Застрахованный вправе обратиться в Банк с заявлением об отказе от страхования и возврате страховой премии (за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование). Возврат страховой премии осуществляется в течение 7 рабочих дней со дня получения соответствующего заявления Застрахованного.

При осуществлении страховой выплаты либо возврате уплаченной страховой премии или ее части Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) — физическому лицу, порядок налогообложения определяется в соответствии со ст. ст. 207, 210, 211, 213, 224, 226 Налогового кодекса РФ (НК РФ). Если сумма причитающегося к оплате налога (при наличии такого с учетом ст. 213 НК РФ) не была удержана Страховщиком как налоговым агентом, Застрахованное

лицо (Выгодоприобретатель) оплачивает налог самостоятельно согласно данным, переданным Страховщиком в налоговые органы. Юридические лица самостоятельно оплачивают налоги в соответствии со ст.ст. 253, 263 НК РФ.

Направление Страховщиком Застрахованному лицу/Выгодоприобретателю юридически значимых сообщений, включая соответствующие документы, имеющие отношение к Договору страхования, осуществляется по адресу электронной почты, указанному Застрахованным лицом при его подключении к Программе страхования или Выгодоприобретателем в заявлении на получение страховой выплаты. Гражданско-правовые последствия наступают с момента доставки соответствующего сообщения в соответствии с Гражданским кодексом РФ.

Доля страховой премии, предназначенная для исполнения обязательств Страховщика по страховой выплате, составляет 80% от общего размера суммы денежных средств, уплачиваемых Застрахованным Банку.

3. Страховая защита по Программе страхования

- 3.1. В рамках Программы страхования заемщикам, заключившим Кредитный договор, (Застрахованным лицам) предоставляется страховая защита на случай смерти застрахованного лица и установления застрахованному лицу инвалидности I, II группы, в том числе в результате Болезни.
 - 3.1.1. Страховым случаем признается также смерть или установление инвалидности I или II группы, наступившей в течение 365 дней со дня Несчастного случая произошедшего или Болезни, произошедших или впервые диагностированных в течение действия Договора страхования в отношении Застрахованного лица.
- 3.2. Страховое покрытие распространяется на Несчастные случаи, произошедшие в результате занятий Застрахованным любым видом спорта, включая занятия Застрахованным Профессиональным спортом и случаи, произошедшие во время Спортивных соревнований.
- 3.3. Страховая сумма устанавливается в размере 100% от Суммы выданного кредита Застрахованному лицу на дату фактического зачисления кредита или на дату фактического зачисления части кредита.
- 3.4. Страховая выплата производится в размере страховой суммы, определенной в отношении Застрахованного лица.
- 3.5. После производства Страховой выплаты, действие страхового покрытия по Программе страхования в отношении конкретного Застрахованного лица прекращается.
- 3.6. Если два и более страховых риска реализовались в результате одного события, то страховая выплата по данным реализовавшимся рискам не может превышать размер Первоначальной суммы кредита Застрахованного лица по Кредитному договору.

4. При наступлении страхового события Застрахованному лицу или Выгодоприобретателям по Программе страхования необходимо:

- Сообщить Страхователю (Банку) о таком событии в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня, когда стало известно о наступлении страхового события;
- Предоставить Страхователю (Банку) документы, необходимые для страховой выплаты в соответствии с указанным ниже разделом «Документы для получения страховой выплаты».

5. Исключения из страхового покрытия:

- 5.1. Страховое покрытие не распространяется на случаи, если они произошли вследствие (в случае):
 - a. если событие находится в прямой причинно-следственной связи с алкогольным, наркотическим, токсическим опьянением (отравлением) Застрахованного лица;
 - b. самоубийства Застрахованного лица или покушения на самоубийство, а также травм и заболеваний в результате покушения на самоубийство, за исключением случаев, когда срок действия Программы страхования в отношении данного Застрахованного лица превышает два года начиная с Даты первичного подключения и за исключением случаев (подтвержденных документами компетентных государственных органов), когда Застрахованное лицо было доведено до самоубийства преступными действиями третьих лиц.

6. Документы для получения страховой выплаты:

- 6.1. В случае СМЕРТИ Застрахованного лица должны быть предоставлены следующие документы:
 - a. документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;
 - b. для наследников — свидетельство о праве на наследство, для несовершеннолетнего наследника — свидетельство о рождении, свидетельство о регистрации по месту жительства;
 - c. для представителя Выгодоприобретателя — доверенность на право представления интересов у Страховщика, документ, удостоверяющий личность;
 - d. свидетельство о смерти;
 - e. окончательное, либо выданное взамен предварительного медицинское свидетельство о смерти или корешок от него, или решение суда о признании Застрахованного умершим;

- f. протокол патологоанатомического вскрытия; акт судебно-медицинского исследования трупа, заключение эксперта (экспертиза трупа), копия заявления об отказе от вскрытия в случае, если вскрытие не проводилось. Указанные документы должны содержать окончательно установленные причины смерти;
 - g. документы компетентных органов, подтверждающие обстоятельства наступления страхового случая (окончательные материалы расследования) — постановление о возбуждении (об отказе в возбуждении) уголовного дела, документы о результатах проведенного расследования (постановление о приостановлении уголовного дела, прекращении уголовного дела и т.д.), справка ГИБДД, протокол о возбуждении административного производства, постановление о привлечении к административной ответственности или о прекращении административного производства и др.;
 - h. акт о несчастном случае на производстве (форма Н-1), в случае несчастного случая на производстве;
 - i. справка о смерти, посмертный эпикриз/патологоанатомический эпикриз;
 - j. результаты химико-токсикологического исследования (ХТИ) биологических объектов, крови, мочи, на наличие алкоголя и его суррогатов, наркотических средств, психотропных и других веществ, вызывающих опьянение и их метаболитов;
 - k. выписки из амбулаторных карт Застрахованного лица, копии медицинских карт Застрахованного лица с листом заключительных (уточненных) диагнозов, получающего медицинскую помощь в амбулаторных/стационарных условиях по месту жительства/наблюдения за 10 (десять) лет, предшествующих дате подключения Застрахованного к Программе страхования либо по решению Страховщика иной меньший срок;
 - l. документ, подтверждающий право на управление транспортным средством, в случае несчастного случая в результате дорожно-транспортного происшествия, если Застрахованный пострадал в результате дорожно-транспортного происшествия и являлся водителем транспортного средства;
 - m. справка с датой первичной диагностики заболевания/травмы;
 - n. информационное письмо от ТФОМС (территориального фонда обязательного медицинского страхования) и/или Страховой медицинской организации (организаций, если они менялись за последние три года), которую (-ые) Застрахованный выбрал для получения медицинской помощи в рамках ОМС (Обязательное медицинское страхование);
 - o. справка из психоневрологического диспансера и наркологического диспансера, справка из центра СПИД;
 - p. выписка из журнала записи рентгенологических исследований
- 6.2. В случае установления Застрахованному лицу ИНВАЛИДНОСТИ I или II группы должны быть предоставлены следующие документы:
- a. документ, удостоверяющий личность Застрахованного и Выгодоприобретателя;
 - b. для представителя Застрахованного, Выгодоприобретателя — доверенность на право представления интересов у Страховщика, документ, удостоверяющий личность;
 - c. направление в Медико-социальную экспертную комиссию, обратный талон (МСЭ), протокол проведения МСЭ, сведения о результатах проведенной медико-социальной экспертизы;
 - d. справка МСЭ об установлении группы инвалидности;
 - e. выписка из карты стационарного больного, в случае лечения в больнице перед установлением группы инвалидности;
 - f. документы компетентных органов, подтверждающие обстоятельства наступления страхового случая — постановление о возбуждении (об отказе в возбуждении) уголовного дела, документы о результатах проведенного расследования (постановление о приостановлении уголовного дела, прекращении уголовного дела и т.д.), справка ГИБДД, протокол о возбуждении административного производства, постановление о привлечении к административной ответственности или о прекращении административного производства и др.;
 - g. акт о несчастном случае на производстве (форма Н-1), в случае несчастного случая на производстве;
 - h. результаты химико-токсикологического исследования (ХТИ) биологических объектов, крови, мочи, на наличие алкоголя и его суррогатов, наркотических средств, психотропных и других веществ, вызывающих опьянение и их метаболитов;
 - i. выписки из амбулаторных карт Застрахованного лица, копии медицинских карт Застрахованного лица с листом заключительных (уточненных) диагнозов, получающего медицинскую помощь в амбулаторных/стационарных условиях по месту жительства/наблюдения за 10 (десять) лет, предшествующих дате подключения Застрахованного к Программе страхования либо по решению Страховщика иной меньший срок;
 - j. документ, подтверждающий право на управление транспортным средством, в случае несчастного случая в результате дорожно-транспортного происшествия, если Застрахованный являлся водителем транспортного средства;
 - k. справка с датой первично диагностики заболевания/травмы;
 - l. информационное письмо от ТФОМС (территориального фонда обязательного медицинского страхования) и/или Страховой медицинской организации (организаций, если они менялись за последние три года), которую (-ые) Застрахованный выбрал для получения медицинской помощи в рамках ОМС (Обязательное медицинское страхование);

м. справку из психоневрологического диспансера и наркологического диспансера;

п. выписку из журнала записи рентгенологических исследований.

6.3. Страховая выплата осуществляется в течение 30 календарных дней со дня поступления заявления об осуществлении страховой выплаты, а также документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, в соответствии с перечнем п. 6.1–6.2 Программы страхования.

С Правилами комбинированного страхования от несчастных случаев, болезней и финансовых рисков, связанных с потерей работы АО «Тинькофф Страхование» можно ознакомиться по ссылке acdn.tinkoffinsurance.ru/static/documents/nsk24.pdf