Программа страхования по коллективному договору добровольного страхования жизни, здоровья, а также рисков, связанных с использованием банковских карт, держателей кредитных карт АО «АЛЬФА-БАНК»

Москва 2026

Условия Программы страхования по коллективному договору добровольного страхования жизни, здоровья, а также рисков, связанных с использованием банковских карт, держателей кредитных карт АО «АЛЬФА-БАНК»
№ L0302/622/000001/4 от 15.11.2024 г.

1. Термины и определения

Банк или Страхователь - АО «АЛЬФА-БАНК».
Внешнее событие - под внешним событием понимается произошедшее в течение срока страхования внезапное, кратковременное травмирующее воздействие внешних факторов (механического, термического, электротермического, химического, лучевого), характер, время и место которого можно однозначно определить, на организм Застрахованного, произошедшее помимо воли Застрахованного и приведшее к телесным повреждениям, сопровождающимся нарушением анатомической целостности тканей и органов Застрахованного или его смерти. К внешним событиям также относятся: утопление, воздействие электрического тока, солнечный удар, отравление химическими веществами и ядами биологического происхождения (за исключением пищевого отравления), анафилактический шок, события, явившиеся следствием неправильных медицинских манипуляций, произведенных в период действия Договора. Также к внешним событиям относится заболевание Застрахованного клещевым энцефалитом (клещевым энцефаломиелитом), ботулизмом, болезнью Лайма, полиомиелитом, бешенством, столбняком, если указанное обстоятельство прямо предусмотрено Договором страхования. Кроме того, события, которые наступили в результате ДТП.
ДКБО - Договор о комплексном банковском обслуживании физических лиц в АО «АЛЬФА-БАНК».
Договор страхования – Коллективный договор добровольного страхования жизни, здоровья, а также рисков, связанных с использованием банковских карт, держателей кредитных карт АО «Альфа-Банк» № L0302/622/000001/4 от 15.11.2024 г, заключенный Банком со Страховщиком.
Дорожно-транспортное происшествие (ДТП) - Событие, происшедшее в процессе движения по дороге транспортного средства и с его участием, при котором погибли или ранены люди, повреждены транспортные средства, сооружения, грузы либо причинен иной материальный ущерб.
Застрахованный – Клиент, являющийся заемщиком по Договору выдачи Кредитной карты, оплативший комиссию за Услугу Банка за очередной период оказания Услуги (Месяц страхования, определяемый согласно разделу 3 Программы страхования), а также компенсацию страховой премии, включенный в Список Застрахованных согласно Программе страхования.
Заявление на добровольное оформление дополнительной услуги – документ, содержащий информирование и волеизъявления Клиента для получения Услуги. Заявление на добровольное оформление дополнительной услуги для Клиентов, оформляющих Договор выдачи Кредитной карты, формируется только в случае самостоятельного проставления Клиентом волеизъявления о получении Услуги в Заявлении о предоставлении дополнительных услуг (работ, товаров), и является в таком случае неотъемлемой частью Заявления о предоставлении дополнительных услуг (работ, товаров). В случае подписания Клиентом, оформляющим Договор выдачи Кредитной карты, Заявления на добровольное оформление дополнительной услуги, при наличии отказа Клиента от получения Услуги, который подтверждается проставлением Клиентом отметки с волеизъявлением «нет» в Заявлении о предоставлении дополнительных услуг (работ, товаров), Заявление на добровольное оформление дополнительной услуги считается отозванным Клиентом и не подлежащим исполнению (независимо от его подписания).
Индивидуальная страховая сумма – денежная сумма, определенная согласно разделу 3 Программы страхования, в пределах которой осуществляется выплата (платежи в счет страховой выплаты за услуги, оказанные Застрахованным)при наступлении предусмотренных Договором страхования страховых случаев в соответствующем периоде оказания Услуги.
Индивидуальные условия кредитования – типовой документ в табличной форме по установленной Банком России форме, предоставляемый Заемщику в целях заключения Договора выдачи Кредитной карты.
Клиент (Участник Программы страхования), далее – Клиент – физическое лицо - гражданин РФ, выразившее, путем подписания Заявления на добровольное оформление дополнительной услуги, волеизъявление на получение Услуги Банка по включению его (ее) в Программу

страхования, с которым Банком был заключен Договор выдачи Кредитной карты, соответствующее основным требованиям, установленным в разделе 4 настоящей Программы страхования.
Компенсация страховой премии (далее - компенсация страховой премии) - сумма компенсации Клиентом страховой премии, уплачиваемой Банком в пользу Страховщика за Клиента по тарифу, установленному по Договору страхования.
Кредитная карта (Банковская карта) - основная Кредитная карта, выпущенная Банком на имя Застрахованного (Заемщика) в рамках Договора выдачи Кредитной карты, а также Карта доступа.
Минимальный платеж – определяется согласно Общим и Индивидуальным условиям кредитования заключенного с Клиентом Договора выдачи Кредитной карты.
Правила страхования 1 - Правила страхования заемщиков кредитов Страховщика 1, размещенные в информационно-телекоммуникационной сети Интернет по адресу: https://alfa.me/kjEvDP.
Правила страхования 2 - Правила страхования пластиковых карточек, Страховщика 2, размещенные в информационно-телекоммуникационной сети Интернет по адресу: https://alfa.me/kjEvDP.
Правила страхования 3 - Правила добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней, Страховщика 3, размещенные в информационно-телекоммуникационной сети Интернет по адресу: https://alfa.me/kjEvDP.
Правила страхования 4 - Правила добровольного страхования жизни и здоровья, Страховщика 3, размещенные в информационно-телекоммуникационной сети Интернет по адресу: https://alfa.me/kjEvDP.
Программа страхования – Программа страхования по коллективному договору добровольного страхования жизни, здоровья, а также рисков, связанных с использованием банковских карт, держателей кредитных карт АО «АЛЬФА-БАНК».
Страховой риск – предполагаемое событие, предусмотренное Договором страхования, на случай наступления которого осуществляется страхование.
Страховой случай – совершившееся в период срока оказания Услуги Застрахованному событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату выгодоприобретателю (Застрахованному или наследникам Застрахованного)/ организовать оказание Медицинских и/или Медико-сервисных и иных услуг в пределах Индивидуальной страховой суммы.
Страховщик - совместно именуемые Страховщик 1, Страховщик 2, Страховщик 3.
Страховщик 1 – Общество с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование – Жизнь».
Страховщик 2 - Акционерное Общество «АльфаСтрахование».
Страховщик 3 - Общество с ограниченной ответственностью «А.Страхование».
Услуга – услуга Банка по включению Клиента, оплатившего комиссию за соответствующий период оказания Услуги, а также компенсацию страховой премии, в качестве Застрахованного в Программу страхования.

Под «Счетом Кредитной карты» подразумевается Счет Кредитной карты Застрахованного, к которому выпущена основная Кредитная карта Банком на имя Застрахованного (Заемщика) в рамках Договора выдачи Кредитной карты либо для доступа, к которому используется Карта доступа.

Все иные термины и понятия, применяемые в настоящей Программе страхования, определяются в соответствии с терминологией, предусмотренной ДКБО и Общими условиями Договора выдачи Кредитной карты.

2. Общие положения

В случае подписания Заявления на добровольное оформление дополнительной услуги, Клиент выражает согласие на получение услуги Банка по включению его (ее) в Программу страхования и, при условии заключения с Клиентом Договора выдачи Кредитной карты, Клиент становится Участником Программы страхования на период действия Договора выдачи Кредитной карты (значение понятия «Договор выдачи Кредитной карты» употребляется в соответствии с терминологией, предусмотренной ДКБО). В отношении Застрахованного в течение каждого периода оказания Услуги применяется редакция Программы страхования, действующая в первый день соответствующего периода оказания Услуги.

Банк информирует Застрахованного об изменениях Программы страхования, вносимых с целью улучшения его положения или в связи с изменением законодательства Российской Федерации, путем публикации информирования об изменениях в информационно-телекоммуникационной сети Интернет на сайте Банка.

В случае получения Услуги Клиентом, являющимся Заемщиком по Договору выдачи Кредитной карты, по которому доступ к Счету Кредитной карты осуществляется с использованием Карты доступа, под термином «Кредитная карта» понимается также Карта доступа к Счету Кредитной карты. Для возможности оказания Услуги Клиенту, являющемуся Заемщиком по Договору выдачи Кредитной карты, по которому доступ к Счету Кредитной карты осуществляется с использованием Карты доступа, необходимо также, помимо активации такой Карты, осуществить выбор режима списания денежных средств по операциям, совершаемым с использованием такой Карты, «Только кредитными» либо «Своими, потом кредитными».

В случае получения Услуги Клиентом, являющимся Заемщиком по Договору выдачи Кредитной карты, по которому доступ к Счету Кредитной карты осуществляется с использованием Карты доступа, страховые риски, указанные в п.5.2 Программы страхования, применяются только к операциям с использованием Карты доступа к Счету Кредитной карты, проводимым по Счету Кредитной карты.

Условия Программы страхования определяются Договором страхования.

Становясь участником Программы страхования путем подписания Заявления на добровольное оформление дополнительной услуги, Клиент подтверждает ознакомление и согласие с настоящей Программой страхования, подтверждает свое соответствие на момент включения в Программу страхования требованиям, установленным в разделе 4 Программы страхования.

Клиент становится Застрахованным, имеющим право на получение страховой выплаты/ организацию оказания ему Медицинских и/или Медико-сервисных и иных услуг при наступлении Страхового случая в период оказания Услуги, с учетом установленных Программой страхования условий, только при оплате им комиссии за Услугу Банка за очередной период оказания Услуги (Месяц страхования, определяемый согласно разделу 3 Программы страхования) и компенсации страховой премии.

Страхование по данной Программе страхования осуществляется:

- Страховщиком 1 в части страхования жизни и страхование от несчастных случаев и болезней (по рискам, указанным в п.5.1 Программы страхования);
- Страховщиком 2 в части страхования рисков Держателя банковской карты (по рискам, указанным в п.5.2 Программы страхования);
- Страховщиком 3 в части добровольного медицинского страхования (по риску, указанному в п.5.3 Программы страхования) и страхования жизни (по риску, указанному в п.5.4 Программы страхования).

Банк не несет ответственности за действия Клиента, Страховщика и / или третьих лиц. Решение о признании/непризнании случая страховым и осуществлении страховой выплаты/ организации оказания Медицинских и/или Медико-сервисных и иных услуг/ принимается Страховщиком и не зависит от Банка.

В случае, если Клиент скроет от Банка/ Страховщика информацию об имеющихся у Клиента ограничениях для участия в Программе страхования (о несоответствии Клиента требованиям, установленным в разделе 4 Программы страхования; о наличии случаев, предусмотренных как «Исключения» разделом 6 Программы страхования), то Клиент самостоятельно несет все риски, в том числе и финансовые (включая риск неполучения страховой выплаты), связанные с таким сокрытием.

Клиент вправе не оформлять Услугу, в таком случае Клиент не подписывает Заявление на добровольное оформление дополнительной услуги.

Согласие на получение Услуги в рамках Программы страхования является добровольным, оформление Услуги не является условием для получения кредита по Договору выдачи Кредитной карты и не влияет на условия Договора выдачи Кредитной карты, а также может быть отозвано Клиентом в любой момент путем обращения в Банк.

Застрахованный вправе отказаться от Услуги в рамках Программы страхования путем личного обращения в Отделение Банка, осуществляющее обслуживание физических лиц, а также при обращении в Телефонный центр «Альфа-Консультант» или посредством Чата в рамках услуги «Альфа-Мобайл»:

- в течение 30 календарных дней с даты подписания Заявления на добровольное оформление дополнительной услуги с возвратом стоимости Услуги, если она была списана. В таком случае произошедшие с даты подписания Заявления на добровольное оформление дополнительной услуги (включительно) случаи не являются страховыми;

- в течение 30 календарных дней с даты очередного списания комиссии за Услугу и компенсации страховой премии за Месяц страхования, - с возвратом Застрахованному (на Счет Кредитной карты, с которого было произведено списание) указанных средств, списанных за Месяц страхования. При этом оказание Услуги в рамках Программы страхования прекращается с даты, в которую была списана комиссия за Услугу и компенсация страховой премии (после списания которой Застрахованный отказался от Услуги), а произошедшие с указанной даты (включительно) случаи не являются страховыми.

3. Общие положения Программы страхования

Оказание Услуги в рамках Программы страхования в отношении Клиента (Застрахованного) начинается с даты, следующей за датой фактического списания комиссии за Услугу и компенсации страховой премии, и продолжается в течение Месяца

страхования, а именно с 23 часов 59 минут даты, следующей за Датой оплаты[1] (датой фактического списания комиссии за Услугу и компенсации страховой премии), до 23 часов 59 минут следующей Даты оплаты (указанный период оказания Услуги именуется – «Месяц страхования»).

В связи с тем, что первая дата расчета Минимального платежа после заключения Договора выдачи Кредитной карты приходится на следующий месяц, Услуга в первый месяц с даты заключения Договора выдачи Кредитной карты не предоставляется Клиенту, выразившему волеизъявление на получение Услуги при подписании Заявления на добровольное оформление дополнительной услуги, так как не исполнено вышеуказанное условие по уплате комиссии за Услугу и компенсации страховой премии.

Страховая защита по всем рискам, указанным в разделе 5 Программы страхования, в пределах Месяца страхования действует 24 часа в сутки на территории Российской Федерации, за исключением зон боевых (военных) действий.

Оказание Услуги в рамках Программы страхования продлевается ежемесячно, при условии оплаты комиссии за Услугу и компенсации страховой премии в Дату оплаты, на Месяц страхования.

Если комиссия и/или компенсация страховой премии не оплачена в Дату оплаты, оказание Клиенту Услуги в рамках Программы страхования в отношении Клиента на очередной Месяц

---

[1] Дата оплаты определяется как:

- Если ранее не было случаев недостаточности средств на Счете Кредитной карты для списания комиссии за Услугу и компенсации страховой премии в дату расчета Минимального платежа по Договору выдачи Кредитной карты – Дата оплаты определяется как дата расчета Минимального платежа по Договору выдачи Кредитной карты, а при недостаточности средств на Счете Кредитной карты для списания комиссии за Услугу и компенсации страховой премии в дату расчета Минимального платежа по Договору выдачи Кредитной карты – Дата оплаты определяется как любой из 29 календарных дней с даты расчета Минимального платежа, в который на Счете Кредитной карты будет находиться сумма средств, необходимая для оплаты комиссии за Услугу и компенсации страховой премии (далее – Период для оплаты);

- В случае списания комиссии за Услугу и компенсации страховой премии после даты расчета Минимального платежа по Договору выдачи Кредитной карты, в течение Периода для оплаты, - день фактического списания комиссии за Услугу и компенсации страховой премии устанавливается как Дата оплаты и в дальнейшем является Датой начала Периода для оплаты (вместо даты расчета Минимального платежа по Договору выдачи Кредитной карты).

При недостаточности средств на Счете Кредитной карты для списания комиссии за Услугу и компенсации страховой премии в Дату начала Периода для оплаты – Дата оплаты определяется как любой из 29 календарных дней с Даты начала Периода для оплаты, в который на Счете Кредитной карты будет находиться сумма средств, необходимая для оплаты комиссии за Услугу и компенсации страховой премии (в последующем такая Дата оплаты будет учитываться как Дата начала Периода для оплаты).

Дата, следующая за Датой оплаты (датой фактического списания средств со Счета Кредитной карты), будет являться датой начала оказания услуги в отношении Клиента на очередной период страхования (Месяц страхования, определяемый как период с даты, следующей за Датой оплаты, до даты, аналогичной Дате оплаты, в следующем месяце (а при отсутствии аналогичной даты в следующем месяце – до последней даты следующего месяца).

страхования приостанавливается, Клиент не является Застрахованным, произошедшие в период приостановления оказания Услуги случаи не являются страховыми.

Неоплата комиссии и/или компенсации страховой премии, влекущая приостановление оказания Услуги на следующий период, может произойти в случаях:

- отсутствует задолженность по Договору выдачи Кредитной карты на Дату оплаты либо Кредитная карта не активирована;

- Клиентом на Дату оплаты использован весь лимит кредитования по Договору выдачи Кредитной карты и уплата комиссии и/или компенсации страховой премии приведет к его превышению;

- имеется просроченная задолженность по Договору выдачи Кредитной карты на Дату оплаты.

Страхователь (Банк) определяет Индивидуальную страховую сумму по Клиенту по всем страховым рискам на каждый Месяц страхования, как сумму, равную применимому согласно Тарифам Банка (подробнее: https://alfa.me/YALXiP) значению тарифного диапазона, соответствующего сумме задолженности Клиента перед Банком по заключенному им Договору выдачи Кредитной карты на Дату оплаты (дату фактического списания средств), но не более чем 2 000 000 (Два миллиона) рублей, при этом Индивидуальная страховая сумма:

- по рискам указанным в п.5.1 Программы страхования: устанавливается единой (агрегированной) по рискам «Смерть Застрахованного» и «Инвалидность Застрахованного», устанавливается отдельно по риску «Нетрудоспособность Застрахованного»;

- устанавливается единой (агрегированной) по рискам, указанным в п.5.2 Программы страхования;

- устанавливается отдельно по риску, указанному в п.5.3 Программы страхования;

- устанавливается отдельно по риску, указанному в п.5.4 Программы страхования.

Величина Индивидуальной страховой суммы остается неизменной в течение Месяца страхования. Банк осуществляет расчет Индивидуальной страховой суммы на основании информации о задолженности по Договору выдачи Кредитной карты на Дату оплаты (дату фактического списания средств).

Комиссия за Услугу в рамках Программы страхования и компенсация страховой премии оплачиваются суммарно (в общем размере) Клиентом в соответствии с Тарифами Банка (подробнее: https://alfa.me/YALXiP), и зависят от суммы задолженности по Договору выдачи Кредитной карты на Дату оплаты (дату фактического списания средств).

Тариф устанавливается в общем размере комиссии за Услугу плюс компенсации страховой премии. Размер комиссии за Услугу, в т.ч. НДС по действующей ставке, определяется как разница между размером тарифа, списанного с Клиента в соответствии с Тарифами Банка, и размером компенсации страховой премии, который определен в ключевом информационном документе об условиях добровольного страхования и в Договоре страхования.

Оплата комиссии за Услугу в рамках Программы страхования и компенсации страховой премии может производиться за счет кредитных денежных средств, представленных Клиенту Банком в соответствии с заключенным с ним Договором выдачи Кредитной карты, путем ее списания со Счета Кредитной карты.

Клиент является Выгодоприобретателем по Договору страхования по всем страховым рискам, а в случае смерти Клиента Выгодоприобретателями являются его наследники.

Клиент, становясь участником Программы страхования, дает согласие на передачу Страхователем Страховщику, в целях оказания Клиенту Услуги, сведений, касающихся событий, имеющих признаки страхового случая, и заключенного Договора выдачи Кредитной карты (включая сведения, которые могут быть отнесены к банковской тайне в соответствии с законодательством РФ) с даты выражения Клиентом согласия на участие в Программе страхования по дату отзыва Клиентом согласия на участие в Программе страхования.

Оказание Услуги в рамках Программы страхования может быть прекращено при отказе Страховщика от Договора страхования, в таком случае, после отказа Страховщика от Договора страхования, Клиент не является Застрахованным и произошедшие после отказа Страховщика от Договора страхования случаи не являются страховыми.

4. Основные параметры, которым должен соответствовать Клиент на момент включения его (ее) в Программу страхования на стандартных условиях:

- Клиент является держателем Кредитной карты Банка в рублях РФ, выданной по заключенному с ним Договору выдачи Кредитной карты (по которому Клиент выступает заемщиком);
- Возраст Клиента находится в пределах от 18 до 60 лет (на дату включения его (ее) в Программу страхования и на дату начала Месяца страхования);
- Клиент подтвердил свое желание принять участие в Программе страхования в Заявлении на добровольное оформление дополнительной услуги;
- На момент подписания Заявления на добровольное оформление дополнительной услуги страхования Клиент: не является инвалидом; не является носителем ВИЧ-инфекций и не болен СПИДом; не страдает нервными и/или психическими заболеваниями и (или) расстройствами (в том числе эпилепсией), а также онкологическими заболеваниями; не состоит на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных диспансерах, а также не употребляет наркотические вещества с целью лечения или по иной причине, не употребляет токсичные вещества с целью токсического опьянения, не страдает алкоголизмом; не находится на стационарном лечении и не нуждается в уходе по состоянию здоровья; не страдает сахарным диабетом, аутоиммунными заболеваниями, хроническими заболеваниями дыхательной системы, хроническими заболеваниями почек, сердечно-сосудистой системы, циррозом печени, гепатитом (B, C, D, F, G, TTV), неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона, заболеваниями опорно-двигательного аппарата, не является лицом, перенесшим инфаркты, инсульты, операции на сердце и его сосудах; не является лицом, профессионально или на регулярной любительской основе занимающимся опасными видами спорта (авто- и мотоспорт, прыжки с парашютом, контактные единоборства, альпинизм, горный и водный туризм, подводное плавание и т.п.); не состоит на службе в действующей армии; не принимает участие в военных действиях и/или подавлении беспорядков; не находится под следствием или в местах лишения свободы; на дату начала оказания Услуги в рамках Программы страхования (в том числе на Дату оплаты комиссии за оказание Услуги и компенсации страховой премии на следующий период после периода приостановления оказания Услуги вследствие неоплаты комиссии за нее и/или неоплаты компенсации страховой премии) возраст Клиента не будет превышать 60 лет.

По достижении Клиентом 60 лет на дату включения его (ее) в Программу страхования или на дату начала Месяца страхования, страхование производится (при условии оплаты комиссии) до окончания действия Месяца страхования, в котором Клиенту исполнится 61 год.

По достижении Клиентом 61 года, со следующего Месяца страхования Клиент не является Застрахованным в рамках Программы страхования, вне зависимости от оплаты им (ей) комиссии за Услугу и компенсации страховой премии.

- Профессия Клиента не связана с повышенным риском (например, пребыванием на высоте, под водой, под землей, на нефтяных и газовых платформах, с облучением, работа с химическими и взрывчатыми веществами, испытаниями, инкассация, работа в правоохранительных органах и т.п.).

Участник Программы страхования, соответствующий вышеуказанным критериям, становится Застрахованным на очередной Месяц страхования с Даты оплаты им комиссии за Услугу и компенсации страховой премии. Период оказания Услуги определяется в соответствии с разделом 3 настоящей Программы страхования.

5. Страховые риски. Страховые случаи. Размер Страховой выплаты

5.1. <u>Страховые риски, по которым страховые выплаты производятся Страховщиком 1 в соответствии с условиями Договора страхования</u>:

– Смерть Застрахованного по любой причине в течение срока страхования (риск «Смерть Застрахованного»);

- Установление Застрахованному инвалидности 1-й группы по любой причине в течение срока страхования (риск «Инвалидность Застрахованного»);

- Временная утрата Застрахованным общей трудоспособности в течение срока страхования в результате несчастного случая, наступившего в течение срока страхования, начиная с 21-го дня

непрерывной нетрудоспособности, продолжительностью не более 60 дней непрерывной нетрудоспособности (риск – «Нетрудоспособность Застрахованного»). По риску «Нетрудоспособность Застрахованного» устанавливается Выжидательный период (период времени, в течение которого наступившее событие, на случай которого производится страхование, не будет рассматриваться как страховой случай) сроком 20 (Двадцать) календарных дней.

5.1.1. Датой наступления Страховых случаев по рискам, указанным в п.5.1 Программы страхования, признается:

- По риску «Смерть Застрахованного» – дата смерти Застрахованного;
- По риску «Инвалидность Застрахованного» – дата установления Застрахованному группы инвалидности;
- По риску «Нетрудоспособность Застрахованного» – дата первого из дней временной нетрудоспособности Застрахованного, наступившей в результате несчастного случая, за которые Страховщик обязан произвести страховую выплату, с учетом установленного Выжидательного периода, при этом Страховщик 1 признает случай страховым при условии, что первый из дней нетрудоспособности наступил в течение срока страхования, установленного в отношении конкретного Застрахованного.

5.1.2. Размер страховой выплаты при наступлении Страховых случаев по рискам, указанным в п.5.1 Программы страхования:

- По риску «Смерть Застрахованного» или «Инвалидность Застрахованного» - в размере 100% Индивидуальной страховой суммы, установленной в отношении Застрахованного.
- По риску «Нетрудоспособность Застрахованного» - в размере 0,3% от Индивидуальной страховой суммы, установленной в отношении Застрахованного, за каждый день нетрудоспособности, начиная с 21-го дня непрерывной нетрудоспособности (с учетом Выжидательного периода), но не более чем за 60 дней непрерывной нетрудоспособности. За первые 20 дней нетрудоспособности страховые выплаты не осуществляются. Страховая выплата производится Страховщиком 1 вне зависимости от того, закончился ли период нетрудоспособности до или после окончания срока страхования.

Независимо от того, осуществлялась ли страховая выплата по риску «Нетрудоспособность Застрахованного», после того как Страховщик 1 произвел страховую выплату по риску «Смерть Застрахованного»/«Инвалидность Застрахованного», действие Программы страхования в отношении Застрахованного прекращается, обязательства перед Застрахованным считаются полностью исполненными.

5.2. Страховые риски, по которым страховые выплаты производятся Страховщиком 2 в соответствии с условиями Договора страхования:

5.2.1. Несанкционированное снятие денежных средств со Счета Кредитной карты Застрахованного по Банковской карте, в результате противоправных действий, указанными ниже способами:

а) Получение третьими лицами наличных денег из банкомата со Счета, в случае передачи Держателем Банковской карты (далее – Держатель) и сообщения третьим лицам PIN-код этой карты под угрозой насилия либо в результате насилия в отношении него или его близких.

б) Получение третьими лицами наличных денег со Счета в отделении Банка с копированием подписи Держателя на платежных документах (слипе, чеке) при условии оформления Банком документов по операции, подтвержденной подписью или PIN-кодом.

в) Используя сведения о застрахованной Банковской карте, не выбывшей из владения (не утраченной, не похищенной) Держателя, которые получены мошенническим путем применения фишинга, скимминга для осуществления расчетов за покупки, работы, услуги посредством:

- перехода на мошеннические сайты, с использованием методов заражения записей DNS (Domain Name System — система доменных имен);
- получения данных о застрахованной Банковской карте путем взлома серверов интернет-магазинов, платежных и расчетных систем, создания фишинговых сайтов;
- применения устройств, считывающих коды, магнитные полосы, а также идентификационный номер (логин) и пароль, вводимые Застрахованным (Выгодоприобретателем) с целью проведения банковских операций, в т.ч. через банкомат;
- использования поддельной карты с нанесенными на нее данными действительной Банковской карты в качестве расчетного средства;

г) Несанкционированного использования застрахованной Банковской карты при оплате товаров, работ, услуг, третьими лицами в результате ее утраты Застрахованным, за исключением операций с использованием PIN-кода Банковской карты.
д) Посредством списания денежных средств со Счета Застрахованного в заведомо большем размере, чем стоимость приобретенного товара (услуг), при оплате указанных товаров (услуг) с использованием Банковской карты (за исключением случаев повторного списания денежных средств за покупку одного и того же товара (услуги)).
5.2.1.1. Не является Страховым случаем возникновение убытков в результате операций с использованием Банковской карты, указанной в соответствующем Списке застрахованных, наступившие ранее 48 часового периода, предшествующего моменту блокировки Банковской карты.
По событиям, указанным в п. 5.2.1 (п.п. «а»-«д») Программы страхования, установлен лимит выплаты на один Страховой случай 50% от Индивидуальной страховой суммы по соответствующей Банковской карте, указанной в Списке Застрахованных, при этом размер выплаты не может быть менее предусмотренного в следующем абзаце.

По событиям, указанным в п. 5.2.1 (п.п. «в»-«д») Программы страхования, размер страховой выплаты при осуществлении несанкционированной операции, сумма которой меньше или равна 100 000 (сто тысяч) рублей, определяется Страховщиком 2 в размере суммы такой операции, в пределах Индивидуальной страховой суммы, установленной по соответствующей Банковской карте. По операции, сумма которой превышает 100 000 (сто тысяч) рублей, размер страховой выплаты определяется исходя из размера суммы такой операции в пределах установленного в предыдущем абзаце лимита выплаты, но не менее 100 000 (сто тысяч) рублей, если указанная сумма не превышает Индивидуальную страховую сумму по соответствующей Банковской карте. В случае превышения страховой суммы – в пределах Индивидуальной страховой суммы, но не более установленного в предыдущем абзаце лимита выплаты.
5.2.2. Утрата Банковской карты вследствие:
а) утери;
б) хищения (кражи; грабежа; разбоя);
в) случайных механических, термических повреждений, размагничивания и т.п.; г) неисправной работы банкомата.
5.2.3. Хищение у Держателя наличных денежных средств, полученных Держателем в банкомате по застрахованной Банковской карте, указанной в Списке Застрахованных, если такое хищение совершено путем разбоя или грабежа и имело место не позднее 12 часов с момента снятия денежных средств. По событиям, указанным в п.5.2.3 Программы страхования, установлен лимит на один Страховой случай - 55% от Индивидуальной страховой суммы по соответствующей Банковской карте, указанной в Списке Застрахованных.
Датой наступления Страховых случаев по рискам, указанным в п.5.2 Программы страхования, признается:
- по риску п.5.2.1 - дата несанкционированного использования застрахованной Банковской карты третьими лицами;
- по риску п.5.2.2 - дата утраты Банковской карты;
- по риску п.5.2.3 - дата хищения наличных денежных средств, полученных в банкомате по застрахованной Банковской карте.
Размер страховой выплаты при наступлении Страховых случаев по рискам, указанным в п.5.2 Программы страхования Страховым случаям:
- по риску п.5.2.1 – исходя из размера снятых со Счета средств в результате несанкционированного использования Банковской карты в пределах индивидуальной страховой суммы и лимитов выплаты, установленных по соответствующему Застрахованному по указанным рискам.
Одним Страховым случаем по указанному риску считается событие несанкционированного снятия, произошедшее в течение одних суток (24 часов), независимо от того сколько транзакций произведено по одной карте. Сутки – 24 часа исчисляются с момента первой - самой ранней незаконной транзакции, в связи с которой произведено несанкционированное снятие денежных средств со Счета Банковской карты, но не ранее 48 часов, прошедших с момента блокировки застрахованной Банковской карты;

- по риску п.5.2.2 - исходя из стоимости перевыпуска Банковской карты, предусмотренной договором между Банком и Застрахованным, но не может превышать индивидуальной страховой суммы;
- по риску п.5.2.3 – исходя из размера похищенных наличных денежных средств, полученных Застрахованным по Банковской карте, в банкомате в пределах лимитов выплаты, индивидуальной страховой суммы по Застрахованному.

После страховой выплаты по рискам п.5.2.1 – 5.2.3 Программы страхования, в размере индивидуальной страховой суммы, установленной по рискам «Страхование рисков Держателя банковской карты» на соответствующий Период страхования, обязательства Страховщика 2 по страховой выплате по указанным рискам прекращаются с даты выплаты страхового возмещения и до окончания данного Периода страхования.

5.3. Страховые риски, по которым Страховщиком 3 осуществляется организация оказания Медицинских и/или Медико-сервисных и иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования:

- Возникновение обстоятельств, требующих оказания Медицинских и/или Медико-сервисных и иных услуг Застрахованному при амбулаторном и/или стационарном обследовании, дистанционных консультациях и/или дистанционном наблюдении, и/или лечении (далее - риск «ДМС») в соответствии с Правилами страхования 3. С программой страхования по данным услугам Застрахованный может ознакомиться по ссылке https://clck.ru/3QeJuj (https://astrahovanie.ru/products/credit-card-insurance/#lk).

5.3.1. Датой наступления Страховых случаев по риску, указанному в п.5.3 Программы страхования, признается: дата обращения Застрахованного к партнеру Страховщика 3, осуществляющего по поручению Страховщика 3 согласно вышеуказанной программе страхования организацию оказания Медицинских и/или Медико-сервисных и иных услуг Застрахованному и/или к Страховщику 3 за получением Медицинских и/или Медико-сервисных и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

5.3.2. Размер страховой выплаты при наступлении Страховых случаев по риску, указанному в п.5.3 Программы страхования: при наступлении Страхового случая в отношении Застрахованного по риску «ДМС», Страховщик 3 осуществляет в счет страховой выплаты (в пределах страховой суммы) выплаты организациям, оказывающим (организующим оказание) Застрахованному Медицинские, Медико-сервисные и иные услуги, в размере стоимости данных услуг, но не более чем в объеме возможных к получению застрахованным в рамках риска «ДМС» Медицинских и/или Медико-сервисных и иных услуг (определяется согласно п.5.3.3 Программы страхования). При этом выдача Застрахованному денежных средств в виде наличных платежных/денежных средств или безналичного перевода не предусмотрена и не осуществляется.

5.3.3. Объем возможных к получению застрахованным в рамках риска «ДМС» Медицинских и/или Медико-сервисных и иных услуг: определяется индивидуально, исходя из применимой к Застрахованному страховой программы по риску «ДМС». Застрахованный самостоятельно может узнать применимую по риску «ДМС» страховую программу по ссылке https://clck.ru/3QeJuj (https://astrahovanie.ru/products/credit-card-insurance/#lk).

5.4. Страховые риски, по которым страховые выплаты производятся Страховщиком 3:

- Госпитализация Застрахованного в течение срока страхования в результате Внешнего события (в том числе ДТП) или болезни (заболевания), произошедшего / диагностированной в течение срока страхования (далее - риск «Госпитализация Застрахованного»).

По риску «Госпитализация Застрахованного» устанавливается Выжидательный период (период времени, в течение которого наступившее событие, на случай которого производится страхование, не будет рассматриваться как Страховой случай):
- при наступлении госпитализации в результате болезни (заболевания) - сроком 10 (Десять) календарных дней;
- при наступлении госпитализации в результате Внешнего события (в том числе ДТП) - сроком 10 (Десять) календарных дней;
- при наступлении госпитализации исключительно в результате ДТП - сроком 20 (Двадцать) календарных дней.

5.4.1. Датой наступления Страховых случаев по риску, указанному в п.5.4 Программы страхования, признается: дата первого из дней госпитализации Застрахованного, за которые Страховщик 3 обязан произвести страховую выплату, с учетом установленного Выжидательного

периода, при этом Страховщик 3 признает случай страховым при условии, что первый из дней госпитализации наступил в течение срока страхования, установленного в отношении конкретного Застрахованного.

5.4.2. Размер страховой выплаты: определяется индивидуально, исходя из применимой к Застрахованному страховой программы по риску «Госпитализация Застрахованного». Застрахованный самостоятельно может узнать страховую программу, применимую по риску «Госпитализация Застрахованного» путем обращения к Страховщику 3.

6. Исключения из страхового покрытия

6.1. По Договору страхования не признаются Страховыми случаями по рискам, указанным в п.п. 5.1, 5.4 настоящей Программы страхования, события:

- Наступившие в течение Выжидательного периода;
- Происшедшие вследствие умышленных действий Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, направленных на наступление Страхового случая; умышленного причинения Застрахованным себе телесных повреждений; совершения или попытки совершения Страхователем, Застрахованным, Выгодоприобретателем уголовного преступления, находящегося в прямой причинной связи с наступлением Страхового случая;
- Происшедшие вследствие самоубийства (покушения Застрахованного на самоубийство) в течение первых двух лет страхования Застрахованного лица, за исключением доведения Застрахованного до самоубийства противоправными действиями третьих лиц;
- Происшедшие вследствие алкогольного отравления Застрахованного, отравления в результате употребления Застрахованным наркотических, токсических, сильнодействующих, психотропных и лекарственных веществ (препаратов) без предписания врача, заболеваний вызванных употреблением алкоголя, наркотических или токсических веществ; дорожно-транспортного происшествия, если Застрахованный управлял транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения либо передал управление лицу, находящемуся в подобном состоянии, а также лицу, не имеющему права на управление транспортным средством;
- Происшедшие вследствие заболевания в присутствии ВИЧ-инфекции;
- Происшедшие вследствие причин, прямо или косвенно вызванных психическим заболеванием Застрахованного;
- Происшедшие вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- Происшедшие вследствие исполнения судебного решения, вступившего в законную силу;
- Происшедшие вследствие случаев, произошедших во время пребывания Застрахованного лица в местах лишения свободы, тюремного заключения;
- Происшедшие вследствие всякого рода военных действий, учений, маневров, мероприятий, действий иностранного противника (вне зависимости от факта объявления войны); гражданских войн, гражданских волнений и беспорядков, мятежей, восстаний, забастовок;
- Происшедшие вследствие воздействия ядерной энергии и радиоактивного излучения в любой форме, радиоактивного, химического или бактериологического заражения местности;
- Происшедшие вследствие любых событий, связанных с применением Застрахованным лицом, испытанием им или хранением оружия, боеприпасов, взрывчатых или отравляющих веществ;
- Происшедшие вследствие занятий любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования и тренировки, а также занятия следующими опасными видами спорта на любительской основе: авто-, мотоспорт, альпинизм, спелеология, бокс, фридайвинг, скайсерфинг, дайвинг (глубина погружения более 25 метров), кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта, парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт, боевые единоборства, экстремальные виды велосипедного спорта, поездки или управления мотоциклом, мотороллером, маломерным судном или снегоходом и т.п.;
- Происшедшие вследствие любых полетов, кроме перемещения на регулярных и чартерных рейсах в качестве пассажира на самолете, который принадлежит авиационному предприятию и зарегистрирован должным образом;

– Если в момент наступления несчастного случая Застрахованный находился под воздействием психотропных веществ, в состоянии наркотического опьянения или в состоянии алкогольного опьянения (при концентрации алкоголя в крови Застрахованного в количестве 3 (трех) и более промилле);
– Происшедшие вследствие заболевания / несчастного случая (Внешнего события, в том числе ДТП), заболевания, диагностированного / произошедшего до включения в качестве Застрахованного в Программу страхования:
  • данное исключение действует в отношении заболевания / несчастного случая (Внешнего события, в том числе ДТП), заболевания, диагностированного / произошедшего до даты первого заключения Договора страхования в отношении конкретного Застрахованного.
  • данное исключение не применяется, в случаях, когда Договор страхования в отношении данного Застрахованного заключался непрерывно, включая период с даты диагностирования заболевания / наступления несчастного случая (Внешнего события, в том числе ДТП) до даты наступления Страхового случая по рискам, предусмотренным п.п.5.1, 5.4 настоящей Программы страхования;
  • в случае, если в отношении данного Застрахованного Договор страхования не заключался хотя бы в течение 1 (Одного) месяца, то данное исключение действует на общих основаниях со следующего месяца страхования после перерыва.

В случаях, попадающих под действие п.6.1 настоящего Договора страхования, события и деяния признаются таковыми на основании решения/ приговора суда, вступившего в законную силу, постановления прокуратуры, медицинских документов и/или иных документов, доказывающих причину события, в установленном законодательством порядке. При этом решение об осуществлении страховой выплаты / отказе в страховой выплате откладывается вплоть до предоставления таких документов.

6.2. По Договору страхования не признаются Страховыми случаями риски, указанные в п. 5.2 настоящей Программы страхования, возникшие в следующих случаях:

- Не является Страховым случаем возникновение убытков в результате операций с использованием Банковской карты, указанной в соответствующем Списке Застрахованных, наступившие ранее 48 часового периода, предшествующего моменту блокировки Банковской карты;

- В результате несанкционированного снятия денежных средств со Счета при отсутствии блокировки Банковской карты за исключением случаев, подтвержденных соответствующими медицинскими документами, когда по состоянию здоровья на момент такого обнаружения Застрахованный не мог сообщить о необходимости блокировки Банковской карты;

- Вследствие совершения мошеннических или иных незаконных действий со стороны Застрахованного;

- В результате хищения у Застрахованного наличных денежных средств, полученных в банкомате по Банковской карте, если такое хищение имело место по истечении 12 часов с момента снятия денежных средств;

- В результате использования Банковской карты близкими родственниками Застрахованного независимо от способа получения ими Банковской карты;

- В результате несоблюдения Застрахованным Договора с Банком (правил/условий использования Банковских карт), в том числе хранение номера Банковской карты и PIN-кода в доступных для посторонних лиц местах и/или хранение Банковской карты вместе с PIN-кодом, предоставление информации о реквизитах Банковской карты (номер карты, срок действия карты, PIN-код, CVV2/CVC2 код, контрольная информация по карте) третьим лицам, включая работников Банка, по телефону или в СМС-сообщениях; проведение через банкоматы и иные устройства самообслуживания операций по инструкциям, полученным по телефону; отсутствие подписи Держателя карты на Банковской карте; хранение копий чеков, билетов, других документов, где указан номер Банковской карты; передача пароля доступа к Счету через Интернет третьим лицам (кроме случаев, когда указанная информация была получена путем обмана и/или вредоносных программ при реализации соответствующих страховых рисков, указанных в п.5.2.3 настоящей Программы страхования);

- Вследствие того, что Застрахованный умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки;

- В результате операций по застрахованной Банковской карте, совершенных после извещения Держателем Банковской карты Банка-эмитента о факте утраты застрахованной Банковской карты (потери, кражи или хищения);

- Вследствие событий, неподтвержденных документами из компетентных органов;

- В результате событий, зависящих от воли Застрахованного, а также в результате совершенных Застрахованным добровольных действий, без принуждения, без подтверждения причинно-следственной связи между мошенническими действиями третьих лиц в отношении Застрахованного и несанкционированного совершения транзакций со Счета Застрахованного;

- В результате несанкционированного снятия денежных средств со Счета Застрахованного в случае утраты мобильного устройства, к которому привязана застрахованная Банковская карта или выпущен Карточный токен;

- В размере более 10 000 (десяти тысяч) рублей при снятии с использованием Банковской карты наличных денежных средств в период с 23 час. 01 мин. до 07 час. 00 мин. (по местному времени населенного пункта, в котором произошло хищение) следующего дня;

- В отношении банковских карт, не указанных в Списке Застрахованных;

- С банковскими картами, не подключенным ни к одной из международных платежных систем или национальной платежной системе «МИР»;

- С банковскими картами, выпущенными к расчетному счету юридического лица и/или используемыми для расчетов, связанных с предпринимательской деятельностью (в коммерческих целях);

- Операции, проводимые по текущему (дебетовому) счету Карты доступа;

- Не признаются Страховыми случаями события, при наступлении которых оператор по переводу денежных средств обязан в соответствии с частями 12, 13 и 15 статьи 9 Федерального закона от 27.06.2011 № 161-ФЗ «О национальной платежной системе» возместить своему клиенту сумму операции;

- Не возмещаются расходы, связанные с обслуживанием Счета, к которому привязана застрахованная Банковская карта, судебные расходы, потери дохода или части убытка, явившихся результатом скидки, которую предоставило лицо, принявшее в качестве средства оплаты Банковскую карту.

6.3. По Договору страхования не признаются Страховыми случаями по риску «ДМС», указанному в п.5.3 настоящей Программы страхования, события, если:

- Медицинские и/или Медико-сервисные и иные услуги, оказанные Застрахованному (полученные Застрахованным) не предусмотрены Договором страхования или Правилами страхования 3;

- Застрахованным получены Медицинские и/или Медико-сервисные и иные услуги в Медицинских организациях и/или сервисных организациях, не предусмотренных Договором страхования или Правилами страхования 3, или выбор которых не был согласован со Страховщиком 3 (представителем Страховщика 3);

- Застрахованным получены Медицинские и/или Медико-сервисные и иные услуги, не назначенные лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования и/или лечения заболевания;

- Необходимость получения Медицинских и/или Медико-сервисных и иных услуг связана с любыми заболеваниями и состояниями, вызванными намеренно или с умыслом, либо являющимися следствием проявления халатности или преступной неосторожности Застрахованного, либо возникшими при совершении преступления;

- Медицинские и/или Медико-сервисные и иные услуги были оказаны Застрахованному с нарушением порядка их предоставления, предусмотренного Договором страхования или Правилами страхования 3;

- Застрахованный/представитель Застрахованного в момент оказания Медицинских и/или Медико-сервисных и иных услуг находится в состоянии алкогольного, токсического и/или наркотического опьянения;

- Не признаются Страховыми случаями события, указанные как исключения из страхового покрытия в Правилах страхования 3.

6.4. Дополнительно по риску «Госпитализация Застрахованного», указанному в п.5.4 настоящей Программы страхования, не признаются Страховыми случаями события:

6.4.1. Происшедшие в связи с лечением зубов (их имплантацией, удалением, восстановлением и т.п.), за исключением повреждений, полученных в результате Внешнего события (в том числе ДТП), в связи с пластическим или косметическим хирургическим вмешательством, за исключением случаев, когда это необходимо для лечения (устранения последствий) телесных повреждений, полученных в связи с внешним событием (в том числе ДТП), в связи с беременностью или её прерыванием, абортом, выкидышем, родами, стерилизацией/рестерилизацией, оплодотворением, лечением бесплодия, лечением импотенции, лечением родовой травмы, врожденной аномалии или наследственного заболевания, лечением венерических заболеваний, простудных заболеваний (ОРВИ); в связи с проведением диагностики методами биопсии, эндоскопии, лапароскопии и артроскопии, в связи с официально признанным случаем эпидемии, пандемии, природных бедствий (катастроф); вследствие проведения медицинского обследования Застрахованного, проживания Застрахованного в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения, задержания Застрахованного в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей;

6.4.2. Не признаются Страховыми случаями события, указанные как исключения из страхового покрытия в Правилах страхования 4.

7. Порядок действий при наступлении Страхового случая

7.1. По рискам, указанным в п.п. 5.1, 5.4 Программы страхования:

7.1.1. При наступлении Страхового случая по рискам, указанным в п.п.5.1, 5.4 Программы страхования, Страхователь/ Застрахованный (или его родственники/ наследники) должен известить Страховщика 1 и/или Страховщика 3 о случившемся в течение 30 (Тридцати) календарных дней, начиная со дня, когда ему стало известно о наступлении страхового случая, путем направления Страховщику 1 и/или Страховщику 3 письменного Уведомления о наступлении страхового случая и Заявления на страховую выплату от Выгодоприобретателя (Застрахованного) (по форме Страховщика) в случае предоставления его Выгодоприобретателем (Застрахованным). При обращении наследников Застрахованного к Страховщику 1 и/или Страховщику 3 с сообщением о наступлении страхового случая Страховщик дополнительно уведомляет об этом Страхователя в срок не позднее 3-х (Трех) рабочих дней.

7.1.2. Если Страхователь/Застрахованный (его родственники, наследники) не имел возможности известить Страховщика 1 и/или Страховщика 3 о наступлении страхового случая в пределах указанного срока, Страховщик обязуется принять к рассмотрению претензию на страховую выплату в пределах срока исковой давности, установленного законодательством Российской Федерации.

7.1.3. Необходимо подготовить пакет документов согласно разделу 8 настоящей Программы страхования.

7.1.4. Необходимо выбрать способ отправки пакета документов

7.1.4.1. Страховщику1, по рискам, указанным в п.5.1 Программы страхования:

- личным обращением в офис «АльфаСтрахование-Жизнь». Адрес: г. Москва, бульвар Братьев Весниных, д.1.
- почтой РФ (отправление с уведомлением) по адресу центрального офиса «АльфаСтрахование-Жизнь». Адрес: 115280, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Даниловский, пр-кт Лихачёва, д. 15, помещ. 2/10.

При возникновении вопросов Вы можете обратиться в Управление Клиентского сервиса ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» в будние дни с 8:00 до 20:00 (по московскому времени) по телефону 8 (800) 333-84-48 (звонок из регионов России бесплатный).

7.1.4.2. Страховщику 3, по рискам, указанным в п.5.4 Программы страхования:

- личным обращением в офис «А.Страхование». Адрес: г. Москва, бульвар Братьев Весниных, д.1;
- почтой РФ (отправление с уведомлением) по адресу центрального офиса «А.Страхование». Адрес: 115280, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Даниловский, пр-кт Лихачёва, д. 15, помещ. 2/10;

При возникновении вопросов Вы можете обратиться в Управление Клиентского сервиса ООО «А.Страхование» в будние дни с 8:00 до 20:00 (по московскому времени) по телефону 8 800 333-32-23 (звонок из регионов России бесплатный).

7.2. По рискам, указанным в п.5.2 Программы страхования:

7.2.1. При наступлении Страхового случая Застрахованный (Выгодоприобретатель) должен немедленно, как только стало известно об этом:

- сообщить в Банк о событии по контактному телефону Банка, указанному на официальном сайте Банка 8 (495) 788-88-78, и заблокировать Банковскую карту;
- оформить в отделении Банка претензию Банку по оспариваемым суммам;
- незамедлительно обратиться в отделение полиции, написать заявление и получить талон–уведомление о принятии заявления.

7.2.2. За исключением случаев нахождения Застрахованного за рубежом, в течение трех рабочих дней с момента, когда ему стало известно о наступлении события, подать письменное заявление о событии в АО «АльфаСтрахование».

При нахождении Застрахованного за рубежом сообщить о наступлении события по телефону 8 (495) 788-09-99, а после возвращения в течение трех рабочих дней подать письменное заявление о событии, обратившись в АО «АльфаСтрахование».

При этом необходимо сообщить следующие данные: ФИО застрахованного лица, дата рождения, страховое событие, дата страхового события, краткое описание обстоятельств страхового события, контактное лицо, телефон контактного лица.

7.2.3. Необходимо заполнить заявление на выплату установленного образца (Форма заявления предоставляется при личном обращении в офис Страховщика 2).

7.2.4. Необходимо подготовить пакет документов согласно разделу 8 настоящей Программы страхования.

7.2.5. Необходимо выбрать способ отправки пакета документов Страховщику:

– личным обращением в офис Страховщика 2 по адресу, информация о котором указана на сайте официальном сайте https://www.alfastrah.ru.

– почтой РФ (отправление с уведомлением) по адресу Страховщика 2 по адресу, информация о котором указана на сайте официальном сайте https://www.alfastrah.ru.

- при возникновении вопросов Вы можете обратиться в контактный центр Страховщика 2 по телефонам: +7 495 788 0 999 – для звонков из Москвы, МО, из-за рубежа; *0999 – бесплатные звонки с телефонов мобильных операторов Билайн, МТС, Теле2, Мегафон и Тинькофф мобайл; 8 (800) 333-75-57 – бесплатно для звонков по РФ.

7.3. При наступлении Страхового случая по риску «ДМС», указанному в п.5.3 настоящей Программы страхования, Застрахованному необходимо пройти регистрацию (идентификатором при регистрации являются последние 5 цифр номера паспорта или другого удостоверяющего личность документа), а также процедуру авторизации у партнера Страховщика 3, осуществляющего по поручению Страховщика 3 организацию оказания Медицинских и/или Медико-сервисных и иных услуг Застрахованному, пройдя по ссылке: https://clck.ru/3QeJuj (https://astrahovanie.ru/products/credit-card-insurance/#lk).

8. Документы, которые необходимо предоставить Страховщику в зависимости от страхового случая

8.1. При обращении за страховой выплатой Страховщику 1 и/или Страховщику 3 должны быть представлены следующие документы, подтверждающие факт и обстоятельства наступления Страхового случая по рискам, указанным в п.п. 5.1, 5.4 Программы страхования:

8.1.1. При наступлении Страхового случая по риску «Смерть Застрахованного» предоставляются следующие документы:

- <u>В обязательном порядке предоставляются Страховщику 1:</u>

- Копия свидетельства о смерти, заверенная органом, выдавшим свидетельство о смерти, В случае смерти, наступившей за пределами РФ, необходимо предоставить подтверждение посольства или консульства той страны, которая выдала документы, что полученные документы являются официальным свидетельством этой страны о смерти;
- Заверенная копия Заявления на добровольное оформление дополнительной услуги, подписанный Застрахованным, в том числе и ПЭП Застрахованного, а также документы, подтверждающие подписание документа, в том числе, при необходимости, отчеты и лог-файлы;

- Копия предусмотренного действующим законодательством документа, содержащего сведения о причине смерти Застрахованного (медицинское свидетельство о смерти, заключение судебно-медицинской экспертизы и т.п.);
- Если по факту смерти производилось расследование – копия предусмотренного действующим законодательством документа, выданного соответствующим уполномоченным органом, достоверно свидетельствующего о факте и обстоятельствах наступления несчастного случая (например, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1, решение суда по уголовному делу, акт расследования несчастного случая, постановление (определение) о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного/административного дела и т.п.);
- Посмертный эпикриз (в случае смерти в больнице);
- Выписка из амбулаторной карты (в случае смерти на дому);
- Выписки из истории болезни (в случае стационарного лечения по поводу травмы и/или заболевания, приведших в дальнейшем к смерти). Выписки из истории болезни/амбулаторной карты должны быть заверены подписью главного врача/заведующего клиникой, штампом и печатью медицинского учреждения;
- Свидетельство о праве на наследство (в случае получения выплаты наследником Застрахованного).
- Заявление на страховую выплату по форме, установленной Страховщиком 1;
- Уведомление о наступлении страхового события по форме, установленной Страховщиком 1;
- Документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (представителя Выгодоприобретателя);
- Если выплату получает представитель Выгодоприобретателя (наследников Застрахованного, недееспособного Застрахованного / Выгодоприобретателя) – нотариально удостоверенная доверенность, копия свидетельства об опеке или попечительстве, заверенная выдавшим органом или иной предусмотренный действующим законодательством документ, подтверждающий полномочия представителя.

- По требованию Страховщика 1 предоставляются:

- Копия протокола патологоанатомического вскрытия (если вскрытие не проводилось, то предоставляется копия заявления родственников об отказе от вскрытия и копия справки из патологоанатомического отделения, на основании которой выдается свидетельство о смерти);
- Справка о смерти;
- Приговор суда, вступивший в законную силу, если было возбуждено уголовное дело;
- Акт судебно-медицинского исследования трупа;
- Акт судебно-химического исследования;
- Акт судебно-гистологического исследования;
- Справка о наличии или отсутствия алкоголя в крови;
- Заключение судебно-психиатрической экспертизы;
- Акт судебно-медицинской экспертизы вреда здоровью (тяжести полученных повреждений);
- Заключение профпатолога о наличии профессионального заболевания;
- Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (форма № 090/у);
- Копии медицинских документов (например, истории болезни, карты амбулаторного больного, медицинской карты/книжки, выписки из медицинской карты/книжки, справки из травматологического пункта, направления на госпитализацию);
- Копии процессуальных документов административного, уголовного или гражданского производства (например, постановление (определение) о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного/ административного дела);
- Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи (учетная форма N 109/у);
- Карта вызова скорой медицинской помощи (учетная форма N 110/у);
- Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему (учётная форма N 114/у).

8.1.2. При наступлении Страхового случая по риску «Инвалидность Застрахованного»:

- В обязательном порядке предоставляются Страховщику 1:

- Выписка из истории болезни (в случае стационарного лечения) или из амбулаторной карты (в случае амбулаторного лечения) за последние 5 лет (в случае установления группы инвалидности в результате заболевания). Если инвалидность была установлена в результате несчастного случая, в этих документах должна быть указана дата несчастного случая и дата первого обращения к врачу;

- Заверенная копия Заявления на добровольное оформление дополнительной услуги, подписанный Застрахованным, в том числе и ПЭП Застрахованного, а также документы, подтверждающие подписание документа, в том числе, при необходимости, отчеты и лог-файлы;
- Копия направления на медико-социальную экспертизу (форма № 088/у-06), выданного организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, и обратного талона к нему;
- Копия справки бюро МСЭ об установлении соответствующей группы инвалидности;
- При установлении группы инвалидности в результате несчастного случая — копия предусмотренного законодательством документа, выданного соответствующим уполномоченным органом, достоверно свидетельствующего о факте и обстоятельствах наступления несчастного случая (акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1, решение суда по уголовному делу, акт расследования несчастного случая, постановление о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного дела и т.п.);
- Заявление на страховую выплату по форме, установленной Страховщиком 1;
- Уведомление о наступлении страхового события по форме, установленной Страховщиком 1;
- Документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (представителя Выгодоприобретателя);
- Если выплату получает представитель Выгодоприобретателя (наследников Застрахованного, недееспособного Застрахованного / Выгодоприобретателя) – нотариально удостоверенная доверенность, копия свидетельства об опеке или попечительстве, заверенная выдавшим органом или иной предусмотренный действующим законодательством документ, подтверждающий полномочия представителя.

- По требованию Страховщика 1 предоставляются:

- Выписка из карты амбулаторного больного/карты травматика с указанием даты, обстоятельств получения травмы/анамнеза заболевания, полного окончательного диагноза, сроков лечения, результатов исследований, проведенного лечения;
- Копия индивидуальной программы реабилитации инвалида, выдаваемой ФГУ МСЭ;
- Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (форма № 090/у);
- Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза;
- Акт освидетельствования в Бюро МСЭ установленной формы;
- Копии медицинских документов (например, истории болезни, карты амбулаторного больного, медицинской карты/книжки, выписки из медицинской карты/книжки, справки из травматологического пункта, направления на госпитализацию);
- Оригиналы диагностических исследований (например, рентгенограмм, компьютерных томограмм, спиральных компьютерных томограмм, магнитно-резонансной томографии) и их описания;
- Копия журнала записи рентгенологических исследований;
- Процедурная карточка больного, лечащегося в физиотерапевтическом кабинете установленной формы;
- Копии процессуальных документов административного, уголовного или гражданского производства (например, постановление (определение) о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного/ административного дела).

8.1.3. При наступлении Страхового случая по риску «Нетрудоспособность Застрахованного»:

- В обязательном порядке предоставляются Страховщику 1:

- Выписка из истории болезни (в случае стационарного лечения) и из амбулаторной карты (в случае амбулаторного лечения) с указанием общего физического состояния, точных диагнозов и дат их постановки, предписанного и проведенного лечения, дат госпитализации и их причин и продолжительности дней временной нетрудоспособности;
- Заключение специалистов по поводу точного диагноза, с приложением результатов исследований и анализов, на основании которых Застрахованный был признан временно нетрудоспособным;
- Оригинал или копия листа (листов) временной нетрудоспособности, заверенная работодателем Застрахованного;
- Заверенная копия Заявления на добровольное оформление дополнительной услуги, подписанный Застрахованным, в том числе и ПЭП Застрахованного, а также документы, подтверждающие подписание документа, в том числе, при необходимости, отчеты и лог-файлы;
- Заявление на страховую выплату по форме, установленной Страховщиком 1;
- Уведомление о наступлении страхового события по форме, установленной Страховщиком 1;

- Документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (представителя Выгодоприобретателя);
- Если выплату получает представитель Выгодоприобретателя (наследников Застрахованного, недееспособного Застрахованного / Выгодоприобретателя) – нотариально удостоверенная доверенность, копия свидетельства об опеке или попечительстве, заверенная выдавшим органом или иной предусмотренный действующим законодательством документ, подтверждающий полномочия представителя.

8.1.4. При наступлении Страхового случая по риску «Госпитализация Застрахованного»:

- <u>В Обязательном порядке предоставляются Страховщику 3:</u>

- Выписка из истории болезни с указанием диагнозов и сроков госпитализации;
- Копия предусмотренного действующим законодательством документа, выданного соответствующим уполномоченным органом, достоверно свидетельствующего о факте и обстоятельствах наступления Внешнего события (например, акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1, решение суда по уголовному делу, акт расследования несчастного случая, постановление (определение) о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного/административного дела и т.п.), если наступление страхового случая связано с наступлением Внешнего события;
- Заверенная копия Заявления на добровольное оформление дополнительной услуги, подписанного Застрахованным, в том числе и ПЭП Застрахованного, а также документы, подтверждающие подписание документа, в том числе, при необходимости, отчеты и лог-файлы;
- Заявление на страховую выплату по форме Страховщика 3;
- Уведомление о наступлении страхового события по форме Страховщика 3.
- Документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (представителя Выгодоприобретателя);
- Если выплату получает представитель Выгодоприобретателя (наследников Застрахованного, недееспособного Застрахованного / Выгодоприобретателя) – нотариально удостоверенная доверенность, копия свидетельства об опеке или попечительстве, заверенная выдавшим органом или иной предусмотренный действующим законодательством документ, подтверждающий полномочия представителя.

- <u>По требованию Страховщика 3 предоставляются:</u>

- Выписка из карты амбулаторного больного/карты травматика с указанием даты, обстоятельств получения травмы/ анамнеза заболевания, полного окончательного диагноза, сроков лечения, результатов исследований, проведенного лечения;
- Копия программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;
- Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования (форма № 090/у);
- Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза;
- Акт освидетельствования в Бюро МСЭ установленной формы;
- Справка учреждения МСЭ о результатах установления степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах;
- Выписка из Акта освидетельствования МСЭ о результатах установления профессиональной трудоспособности установленной формы;
- Копии медицинских документов (например, истории болезни, карты амбулаторного больного, медицинской карты/книжки, выписки из медицинской карты/книжки, справки из травматологического пункта, направления на госпитализацию);
- Оригиналы диагностических исследований (например, рентгенограмм, компьютерных томограмм, спиральных компьютерных томограмм, магнитно-резонансной томографии) и их описания;
- Копия журнала записи рентгенологических исследований;
- Процедурная карточка больного, лечащегося в физиотерапевтическом кабинете установленной формы;
- Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи (учетная форма N 109/у);
- Карта вызова скорой медицинской помощи (учетная форма N 110/у);
- Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему (учётная форма N 114/у);

- Копии процессуальных документов административного, уголовного или гражданского производства (например, постановление (определение) о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного/ административного дела).

В исключительных случаях Страховщик 1 и Страховщик 3 вправе запросить иные документы, если документы, предусмотренные в п.8.1 настоящей Программы страхования, не позволяют установить факт и обстоятельства наступления страхового случая.

Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык. Копии документов должны быть заверены нотариально, либо органом (учреждением), выдавшим оригинал документа. Выписки из истории болезни/амбулаторной карты должны быть заверены подписью главного врача/заведующего клиникой, штампом и печатью медицинского учреждения.

8.2. При обращении за страховой выплатой Страховщику 2 должны быть представлены следующие документы, подтверждающие факт и обстоятельства наступления страхового случая, указанного в п.5.2 Программы страхования:

8.2.1. В случае несанкционированного снятия денежных средств со Счета, в результате противоправных действий (п.5.2.1 Программы страхования):

- Заявление на страховую выплату по форме, установленной Страховщиком 2;
- Документ, удостоверяющий личность заявителя;
- Уведомление о наступлении страхового события по форме, установленной Страховщиком 2;
- Заверенная копия Заявления на добровольное оформление дополнительной услуги, подписанного Застрахованным, в том числе и ПЭП Застрахованного, а также документы, подтверждающие подписание документа, в том числе, при необходимости, отчеты и лог-файлы;
- Документы правоохранительных органов, удостоверяющие факт противоправных действий третьих лиц в отношении Застрахованного (талон-уведомление, копии постановлений о возбуждении либо отказе в возбуждении уголовного дела, копии постановления о приостановлении или о прекращении уголовного дела в случае, если уголовное дело было возбуждено и/или справку полиции страны, в которой произошло несанкционированное снятие при выезде за пределы РФ и копию заграничного паспорта, при передаче дела в суд - Решение суда). При невозможности предоставления справки из полиции при выезде за пределы РФ - постановление о возбуждении либо отказе в возбуждении уголовного дела, постановление о приостановлении или о прекращении уголовного (в случае, если уголовное дело было возбуждено), выданные отделением полиции по месту открытия Счета;
- Выписка от АО «АЛЬФА-БАНК» по Счету Банковской карты, с указанием всех транзакций, произведенных в течение пяти дней до транзакции несанкционированного снятия денежных средств, включая транзакцию несанкционированного снятия, содержащая информацию о дате операции, времени, месте ее проведения, сумме и валюте.
- Письмо от АО «АЛЬФА-БАНК» о блокировке Банковской карты (с указанием времени, даты блокировки).
- Письменное заключение о проверке АО «АЛЬФА-БАНК» обоснованности обращения Клиента-Застрахованного (с указание результатов проверки обращения, и в случае отказа указать причину отказа Банка в возмещении средств по оспоренным операциям по Банковской карте);
- Документы, подтверждающие стоимость покупок или услуг (если снятие за предоставленные товары или услуги произошло в большем размере);
- В подтверждение факта несанкционированного снятия денежных средств с использованием информации о Банковской карте, полученной мошенническим путем в том числе с использованием фишинга, скимминга либо поддельной карты, Держатель Банковской карты (Застрахованный) обязан предоставить документы компетентных органов, подтверждающие, факт несанкционированного снятия (фишинга, скимминга либо поддельной карты).

8.2.2. В случае, указанном в п.5.2.2 Программы страхования:

- Заявление на страховую выплату по форме, установленной Страховщиком 2;
- Документ, удостоверяющий личность заявителя;
- Уведомление о наступлении страхового события по форме, установленной Страховщиком 2;
- Справку Банка о стоимости перевыпуска Банковской карты.

- Заверенная копия Заявления на добровольное оформление дополнительной услуги, подписанного Застрахованным, в том числе и ПЭП Застрахованного, а также документы, подтверждающие подписание документа, в том числе, при необходимости, отчеты и лог-файлы.

8.2.3. В случае, указанном в п.5.2.3 Программы страхования:

- Заявление на страховую выплату по форме, установленной Страховщиком 2;
- Документ, удостоверяющий личность заявителя;
- Уведомление о наступлении страхового события по форме, установленной Страховщиком 2;
- Заверенная копия Заявления на добровольное оформление дополнительной услуги, подписанного Застрахованным, в том числе и ПЭП Застрахованного, а также документы, подтверждающие подписание документа, в том числе, при необходимости, отчеты и лог-файлы.
- Копии постановления о возбуждении либо отказе в возбуждении уголовного дела; копии постановления о приостановлении или о прекращении уголовного дела в случае, если уголовное дело было возбуждено, и/или справку полиции страны, в которой произошло хищение наличных средств при выезде за пределы РФ и копию паспорта, удостоверяющего личность гражданина РФ за пределами Российской Федерации;
- При передаче дела в суд - Решение суда;
- Выписка АО «АЛЬФА-БАНК» по Счету Банковской карты с указанием транзакций, произведенных за 12 часов до момента хищения;
- В случае нахождения Застрахованного за рубежом в момент обнаружения хищения наличных предоставляется справка из полиции страны пребывания (при выезде за пределы РФ), в которой произошло и обнаружено Страхователем/ Держателем Банковской карты хищение наличных.

Все предоставляемые документы, указанные в п.8.2.3 настоящей Программы страхования должны быть оформлены на русском языке, в противном случае к документам прилагается нотариально заверенный перевод на русский язык.

Предоставляемые документы по событиям, указанным в п.5.2 настоящей Программы страхования, могут быть направлены в сканированной форме (принимаются образы документов, за исключением заявления и уведомления о страховом событии).

В исключительных случаях Страховщик 2 вправе запросить иные документы, если документы, предусмотренные в п.8.2 настоящей Программы страхования, не позволяют установить факт и обстоятельства наступления страхового случая.

8.3. При наступлении страхового случая по риску «ДМС», указанному в п. 5.3 настоящей Программы страхования, подробный порядок обращения Застрахованного за получением Медицинских и/или Медико-сервисных и иных услуг, а также порядок предоставления Медицинских и/или Медико-сервисных и иных услуг Застрахованному указаны в Правилах страхования 3 и программе страхования по ссылке: https://clck.ru/3QeJuj (https://astrahovanie.ru/products/credit-card-insurance/#lk).

9. Персональные данные

9.1. Банк:

9.1.1. Во исполнение Программы страхования с соблюдением принципов и правил, предусмотренных Федеральным законом от 27.06.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – ФЗ №152), Банк осуществляет обработку персональных данных (далее - ПДн) Клиента (Участника Программы страхования);

9.1.2. Перечень обрабатываемых ПДн Клиента: ФИО, пол, ИНН, дата рождения, сведения документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты банковских счетов.

9.1.3. Цель обработки ПДн: оказание Клиенту Услуги, а также реализация Программы страхования.

9.1.4. Способы обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение ПДн при условии обеспечения конфиденциальности и безопасности ПДн при их обработке;

9.1.5. Банк вправе осуществить передачу ПДн для указанных в п.9.1.3 настоящей Программы страхования целей Страховщику (ООО «АльфаСтрахование – Жизнь», ИНН 7715228310, адрес: г.

Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Даниловский, пр-кт Лихачёва, д. 15, помещ. 2/10; АО «АльфаСтрахование», ИНН 7713056834, адрес: г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Даниловский, пр-кт Лихачёва, д. 15, помещ. 2/15; ООО «А.Страхование», ИНН 9725190316, адрес: г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Даниловский, пр-кт Лихачёва, д. 15, помещ. 2/10).

9.1.6. Обработка ПДн в целях оказания Клиенту Услуги, а также реализации Программы страхования осуществляется в период участия Клиента в Программе страхования.

9.1.7. Банк вправе продолжить обработку ПДн Клиента после окончания периода участия Клиента в Программе страхования на законных основаниях, предусмотренных ФЗ №152.

9.1.8. При обработке ПДн Банк принимает необходимые правовые, организационные и технические меры для защиты ПДн Клиента от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения ПДн, а также от иных неправомерных действий в отношении ПДн.

9.1.9. Обрабатываемые ПДн подлежат уничтожению по истечении указанных сроков или если отсутствуют иные правовые основания для обработки ПДн.

9.2. Страховщик 1:

9.2.1. Во исполнение Программы страхования с соблюдением принципов и правил, предусмотренных ФЗ №152, Страховщик 1 осуществляет обработку ПДн Клиента (Участника Программы страхования).

9.2.2. Перечень обрабатываемых ПДн Клиента: ФИО, пол, ИНН, дата рождения, сведения документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты банковских счетов, сведения о размере задолженности перед кредиторами.

9.2.3. Цель обработки ПДн: исполнение Договора страхования, в также цели, указанные в разделе 2 Политики (https://aslife.ru/documents/politika_pd.pdf), в том числе: рассмотрение возможности заключения договоров страхования, поддержка работоспособности информационных систем и ресурсов Страховщика 1, построение моделей, статистические, аналитические и иные исследования взаимодействия со Страховщиком 1, для формирования и адаптации возможных услуг и предложений Страховщика 1, улучшение клиентского опыта, качества обслуживания, предоставление дополнительных возможностей и услуг, а также персонифицированных предложений Страховщика 1, в том числе путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи.

9.2.4. Способы обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, Обработка персональных данных может осуществляться с использованием средств автоматизации или без таковых.

9.2.5. Страховщик 1 вправе осуществить передачу ПДн, указанных в п.9.2.2 настоящей Программы страхования, третьим лицам (список таких лиц и цели обработки ими персональных данных опубликован на официальном сайте Страховщика 1 (https://aslife.ru/docs/Partner.pdf), при условии обеспечения конфиденциальности и безопасности ПДн при их обработке.

9.2.6. При обработке ПДн Страховщик 1 принимает необходимые правовые, организационные и технические меры для защиты ПДн Клиента от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения ПДн, а также от иных неправомерных действий в отношении ПДн.

9.2.7. Обрабатываемые ПДн подлежат уничтожению по истечении указанных сроков или если отсутствуют иные правовые основания для обработки ПДн.

9.3. Страховщик 2:

9.3.1. Во исполнение Программы страхования с соблюдением принципов и правил, предусмотренных ФЗ №152, Страховщик 2 осуществляет обработку ПДн Клиента (Участника Программы страхования).

9.3.2. Перечень обрабатываемых ПДн Клиента: ФИО, пол, ИНН, дата рождения, сведения документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты банковских счетов, сведения о размере задолженности перед кредиторами.

9.3.3. Цель обработки ПДн: исполнение Договора страхования, в также цели, указанные в разделе 2 Политики (https://www.alfastrah.ru/docs/Politika_pd.pdf), в том числе: рассмотрение возможности заключения договоров страхования, поддержка работоспособности информационных систем и ресурсов Страховщика 2, построение моделей, статистические, аналитические и иные исследования

взаимодействия со Страховщиком 2, для формирования и адаптации возможных услуг и предложений Страховщика 2, улучшение клиентского опыта, качества обслуживания, предоставление дополнительных возможностей и услуг, а также персонифицированных предложений Страховщика 2, в том числе путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи.

9.3.4. Способы обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, Обработка персональных данных может осуществляться с использованием средств автоматизации или без таковых.

9.3.5. Страховщик 2 вправе осуществить передачу ПДн, указанных в п.9.3.2 настоящей Программы страхования, уполномоченным Страховщиком 2 третьим лицам (список таких лиц и цели обработки ими персональных данных опубликован на официальном сайте Страховщика 2 (https://www.alfastrah.ru/docs/Partner_2019.pdf), блокирование, удаление, уничтожение при условии обеспечения конфиденциальности и безопасности ПДн при их обработке.

9.3.6. При обработке ПДн Страховщик 2 принимает необходимые правовые, организационные и технические меры для защиты ПДн Клиента от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения ПДн, а также от иных неправомерных действий в отношении ПДн.

9.3.7. Обрабатываемые ПДн подлежат уничтожению по истечении указанных сроков или если отсутствуют иные правовые основания для обработки ПДн.

9.4. Страховщик 3:

9.4.1. Во исполнение Программы страхования с соблюдением принципов и правил, предусмотренных ФЗ №152, Страховщик 3 осуществляет обработку ПДн Клиента (Участника Программы страхования).

9.4.2. Перечень обрабатываемых ПДн Клиента: ФИО, пол, ИНН, дата рождения, сведения документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты банковских счетов, сведения о размере задолженности перед кредиторами.

9.4.3. Цель обработки ПДн: исполнение Договора страхования, в также цели, указанные в разделе 2 Политики (https://astrahovanie.ru/documents/personal-data/politika_obrabotki_pd), в том числе: рассмотрение возможности заключения договоров страхования, поддержка работоспособности информационных систем и ресурсов Страховщика 3, построение моделей, статистические, аналитические и иные исследования взаимодействия со Страховщиком 3, для формирования и адаптации возможных услуг и предложений Страховщика 3, улучшение клиентского опыта, качества обслуживания, предоставление дополнительных возможностей и услуг, а также персонифицированных предложений Страховщика 3, в том числе путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи.

9.4.4. Способы обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, Обработка персональных данных может осуществляться с использованием средств автоматизации или без таковых.

9.4.5. Страховщик 3 вправе осуществить передачу ПДн, указанных в п.9.4.2 настоящей Программы страхования, передача уполномоченным Страховщиком 3 третьим лицам (список таких лиц и цели обработки ими персональных данных опубликован на официальном сайте Страховщика 3 (https://astrahovanie.ru/documents/personal-data/partners), при условии обеспечения конфиденциальности и безопасности ПДн при их обработке.

9.4.6. При обработке ПДн Страховщик 3 принимает необходимые правовые, организационные и технические меры для защиты ПДн Клиента от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения ПДн, а также от иных неправомерных действий в отношении ПДн.

9.4.7. Обрабатываемые ПДн подлежат уничтожению по истечении указанных сроков или если отсутствуют иные правовые основания для обработки ПДн.

С Правилами страхования 1 / Правилами страхования 2, Правилами страхования 3, Правилами страхования 4, размещенными Банком в информационно-телекоммуникационной сети Интернет на сайте Банка, можно ознакомиться по адресу: https://alfa.me/kjEvDP.

КЛЮЧЕВОЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДОКУМЕНТ
ОБ УСЛОВИЯ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Подготовлен на основании Правил страхования заемщиков кредитов ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» (далее – Страховщик), в редакции, действующей на дату заключения договора страхования (далее – Правила страхования)

Кредитор: АО «АЛЬФА-БАНК»	**Страховщик: ООО «АльфаСтрахование-Жизнь»**

Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

Стоимость страхования:

Рассчитывается за каждый расчетный период (срок страхования) по тарифу 0,191%_от страховой суммы на начало соответствующего расчетного периода, из них:

Страховые риски, которые влияют на условия потребительского кредита(займа) или по которым кредитор является выгодоприобретателем (далее основные страховые риски):	***Нет***
Дополнительные страховые риски: 1. Смерть Застрахованного по любой причине в течение срока страхования данного Застрахованного (далее – Смерть Застрахованного); 2. Установление Застрахованному инвалидности 1-й группы по любой причине в течение срока страхования данного Застрахованного (далее - Инвалидность Застрахованного). 3. Временная утрата Застрахованным общей трудоспособности в течение срока страхования в результате несчастного случая, наступившего в течение срока страхования, начиная с 21-го дня непрерывной нетрудоспособности, продолжительностью не более 60 дней непрерывной нетрудоспособности (далее – Нетрудоспособность Застрахованного)	Страховая премия по дополнительным страховым рискам рассчитывается за каждый расчетный период (срок страхования) по тарифу 0,0955% (0,0519% по рискам «Смерть Застрахованного» и «Инвалидность Застрахованного» + 0,0436% по риску «Нетрудоспособность Застрахованного») от страховой суммы на начало соответствующего расчетного периода (срока страхования).

По дополнительным страховым рискам Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, а в случае смерти Застрахованного лица Выгодоприобретателями являются его наследники.

Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

1. Не признаются страховыми случаями события: 1.1. Происшедшие вследствие умышленных действий Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, направленных на наступление страхового случая; причинения Застрахованным себе телесных повреждений; совершения или попытки совершения Страхователем, Застрахованным, Выгодоприобретателем уголовного преступления, находящегося в прямой причинной связи с наступлением страхового случая; 1.2. Происшедшие вследствие самоубийства (покушения Застрахованного на самоубийство) в течение первых двух лет страхования Застрахованного лица, за исключением доведения Застрахованного до самоубийства противоправными действиями третьих лиц; 1.3. Происшедшие вследствие алкогольного отравления Застрахованного, отравления в результате употребления Застрахованным наркотических, токсических, сильнодействующих, психотропных и лекарственных веществ (препаратов) без предписания врача, заболеваний вызванных употреблением алкоголя, наркотических или токсических веществ; дорожно-транспортного происшествия, если Застрахованный управлял транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения либо передал управление лицу, находящемуся в подобном состоянии, а также лицу, не имеющему права на управление транспортным средством; 1.4. Происшедшие вследствие заболевания в присутствии ВИЧ-инфекции; 1.5. Происшедшие вследствие причин, прямо или косвенно вызванных психическим заболеванием Застрахованного; 1.6. Происшедшие вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения; 1.7. Происшедшие вследствие исполнения судебного решения, вступившего в законную силу; 1.8. Происшедшие вследствие случаев, произошедших во время пребывания Застрахованного лица в местах лишения свободы, тюремного заключения; 1.9. Происшедшие вследствие всякого рода военных действий, учений, маневров, мероприятий, действий иностранного противника (вне зависимости от факта объявления войны); гражданских войн, гражданских волнений и беспорядков, мятежей, восстаний, забастовок; 1.10. Происшедшие вследствие воздействия ядерной энергии и радиоактивного излучения в любой форме, радиоактивного, химического или бактериологического заражения местности; 1.11. Происшедшие вследствие любых событий, связанных с применением Застрахованным лицом, испытанием им или хранением оружия, боеприпасов, взрывчатых или отравляющих веществ;

1.12. Происшедшие вследствие занятий любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования и тренировки, а также занятия следующими опасными видами спорта на любительской основе: авто-, мотоспорт, альпинизм, спелеология, бокс, фридайвинг, скайсерфинг, дайвинг (глубина погружения более 25 метров), кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта, парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт, боевые единоборства, экстремальные виды велосипедн ого спорта, поездки или управления мотоциклом, мотороллером, маломерным судном или снегоходом. и т.п.; 1.13. Происшедшие вследствие любых полетов, кроме перемещения на регулярных и чартерных рейсах в качестве пассажира на самолете, который принадлежит авиационному предприятию и зарегистрирован должным образом; 1.14. Происшедшие вследствие заболевания / несчастного случая, диагностированного / произошедшего до заключения Договора страхования; 1.15. Если в момент наступления несчастного случая Застрахованное лицо находилось под воздействием психотропных веществ, в состоянии наркотического опьянения или в состоянии алкогольного опьянения (при концентрации алкоголя в крови Застрахованного лица в количестве 3 (трех) и более промилле); 1.16. Наступившие в течение Выжидательного периода.

2. Исключение, указанное в п. 1.14. настоящего Раздела, действует в отношении заболевания / несчастного случая, диагностированного / произошедшего до даты первого заключения Договора страхования в отношении конкретного Застрахованного. Данное исключение не применяется, в случаях, когда Договор страхования в отношении данного Застрахованного заключался непрерывно, включая период с даты диагностирования заболевания / наступления несчастного случая до даты наступления страхового случая по рискам, предусмотренным Договором страхования.
В случае, если в отношении данного Застрахованного Договор не заключался хотя бы в течение 1 (одного) месяца, указанное в п. 1.14 настоящего Раздела исключение действует вновь на общих основаниях со следующего месяца страхования после перерыва.

3. Страховщик освобождается от страховой выплаты при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, происшедшего вследствие: 3.1. Умысла Страхователя / Застрахованного или Выгодоприобретателя; 3.2. Самоубийства (покушения Застрахованного на самоубийство) в течение первых двух лет действия Договора страхования, за исключением доведения Застрахованного до самоубийства противоправными действиями третьих лиц; 3.3. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения; 3.4. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий; 3.5. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате в случае: 4.1. Если Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) не уведомил Страховщика (или его представителя) о наступлении страхового случая, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату, а также в случае невыполнения Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) обязанностей, предусмотренных условиями договора страхования, которое повлекло за собой невозможность принятия Страховщиком решения о признании случая страховым и осуществлении страховой выплаты; 4.2. Если Страхователь / Застрахованный при заключении договора добровольного страхования сообщил заведомо ложные сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.

Раздел III. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

Для получения страховой выплаты по дополнительным страховым рискам представляются следующие документы:

1. Перечень документов, необходимых для получения страховой выплаты по риску «Смерть Застрахованного» содержится в п.п.10.6.1-10.6.2 Правил страхования.
2. Перечень документов, необходимых для получения страховой выплаты по риску «Инвалидность Застрахованного» содержится в п.п.10.6.3-10.6.4 Правил страхования.
3. Перечень документов, необходимых для получения страховой выплаты по риску «Нетрудоспособность Застрахованного» содержится в п.п.10.6.5-10.6.6 Правил страхования.

Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык. Документы предоставляются в печатном виде или разборчиво написанные от руки. Копии документов, передаваемых Страховщику, должны быть заверены нотариально либо органом (учреждением), выдавшим оригинал документа.

Страховая выплата осуществляется в течение 30 календарных дней со дня представления всех документов, необходимых Страховщику для принятия решения об осуществлении страховой выплаты.

<table>
<tr><th colspan="2">Раздел IV. КАК ВЕРНУТЬ СТОИМОСТЬ СТРАХОВАНИЯ?</th></tr>
<tr><th>Основания для возврата стоимости страхования</th><th>Сумма возврата стоимости страхования</th></tr>
<tr><td>Отказ от добровольного страхования в течение 30 (Тридцати) календарных дней со дня выражения согласия на включение в число застрахованных лиц, при условии отсутствия в период с даты включения в число застрахованных лиц до даты отказа застрахованного от добровольного страхования событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат по договору страхования.</td><td>100% стоимости страхования</td></tr>
<tr><td>Отказ от добровольного страхования в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования, при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат по договору страхования.</td><td rowspan="2">100% страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.</td></tr>
<tr><td>Отказ от добровольного страхования, оформленного при предоставлении потребительского кредита (займа), в случае полного досрочного исполнения заемщиком, являющимся Застрахованным по договору страхования, обязательств по такому договору потребительского кредита (займа), при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат по договору страхования.</td></tr>
<tr><td colspan="2">В иных случаях стоимость страхования возврату не подлежит.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Возврат стоимости страхования осуществляется в течение 7 рабочих дней со дня получения соответствующего заявления, а также документов, подтверждающих основание для возврата стоимости страхования.</td></tr>
<tr><th colspan="2">Раздел V. КАК ПОВЛИЯЕТ ОТКАЗ ОТ СТРАХОВАНИЯ НА КРЕДИТ (ЗАЕМ)?</th></tr>
<tr><td colspan="2">Отказ от дополнительных страховых рисков не влияет на кредит (заем).</td></tr>
<tr><th colspan="2">Раздел VI. КУДА ОБРАЩАТЬСЯ?</th></tr>
<tr><td colspan="2">Заявления об отказе от страхования, о возврате стоимости страхования, иные сообщения могут быть направлены:</td></tr>
<tr><td>Кредитору по адресу:</td><td>АО «АЛЬФА-БАНК», 107078, г. Москва, ул. Каланчевская, д. 27</td></tr>
<tr><th colspan="2">Раздел VII. КАК УРЕГУЛИРОВАТЬ СПОР ДО СУДА?</th></tr>
<tr><td colspan="2">1. Направить кредитору (страховщику) заявление (претензию) в письменной форме.
2. 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.</td></tr>
</table>

КЛЮЧЕВОЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДОКУМЕНТ
ОБ УСЛОВИЯ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Правила 2 Правила 3

Подготовлен на основании Правил добровольного комплексного медицинского страхования и страхования от несчастных случаев и болезней (далее – Правила 2), а также Правил добровольного страхования жизни и здоровья (далее – Правила 3) ООО «А.Страхование» (далее – Страховщик), в редакциях, действующих на дату заключения договора страхования.

Кредитор: АО «АЛЬФА-БАНК»	**Страховщик: ООО «А.Страхование»**

Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

Стоимость страхования:

Рассчитывается за каждый расчетный период (срок страхования) по тарифу 1,309% от страховой суммы на начало соответствующего расчетного периода, из них:

Страховые риски, которые влияют на условия потребительского кредита(займа) или по которым кредитор является выгодоприобретателем (далее основные страховые риски):	***Нет***

Дополнительные страховые риски:	
1. Возникновение обстоятельств, требующих оказания медицинских и/или медико-сервисных и иных услуг Застрахованному при амбулаторном и/или стационарном обследовании, дистанционных консультациях и/или дистанционном наблюдении, и/или лечении в соответствии с условиями Программы страхования «Карта здоровья 1.2» (далее – Программа или Программа страхования), Медицинской программы № 2 (Приложение № 5 к Правилам 2) (далее – Медицинская программа) (риск «ДМС»); 2. Госпитализация Застрахованного в течение срока страхования в результате внешнего события (в том числе ДТП) или болезни (заболевания), произошедшего / диагностированной в течение срока страхования (риск «Госпитализация Застрахованного»).	Страховая премия по дополнительному страховому риску рассчитывается за каждый расчетный период (срок страхования) по тарифу **0,6545%** (0,1500% по риску «ДМС» + 0,5045% по риску «Госпитализация Застрахованного») от страховой суммы на начало соответствующего расчетного периода (срока страхования).

По всем страховым рискам (дополнительным) Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо, а в случае смерти Застрахованного лица Выгодоприобретателями являются его наследники.

Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

1. По риску «ДМС» не признаются Страховыми случаями события, если: 1.1. Медицинские и/или Медико-сервисные и иные услуги, оказанные Застрахованному (полученные Застрахованным) не предусмотрены Договором страхования или Программой, Правилами 2, Медицинской программой; 1.2. Застрахованным получены Медицинские и/или Медико-сервисные и иные услуги в Медицинских организациях и/или Сервисных организациях, не предусмотренных Договором страхования или Программой, Правилами 2, Медицинской программой, или выбор которых не был согласован со Страховщиком (представителем Страховщика); 1.3. Застрахованным получены Медицинские и/или Медико-сервисные и иные услуги, не назначенные лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования и/или лечения заболевания; 1.4. Необходимость получения Медицинских и/или Медико-сервисных и иных услуг связана с любыми заболеваниями и состояниями, вызванными намеренно или с умыслом, либо являющимися следствием проявления халатности или преступной неосторожности Застрахованного, либо возникшими при совершении преступления; 1.5. Медицинские и/или Медико-сервисные и иные услуги были оказаны Застрахованному с нарушением порядка их предоставления, предусмотренного Договором страхования или Программой, Правилами 2, Медицинской программой; 1.6. Застрахованный/представитель Застрахованного в момент оказания Медицинских и/или Медико-сервисных и иных услуг находится в состоянии алкогольного, токсического и/или наркотического опьянения.

2. Не признаются Страховыми случаями по риску «ДМС» события, указанные как исключения из страхового покрытия в Правилах 2, Программе страхования. 2.1. Услуга «Дистанционные консультации дежурного врача – терапевта» не предоставляется по вопросам: 2.1.1. По которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным дистанционным способом; для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии; 2.1.2. Касающимся предоперационной подготовки; планирования, ведения беременности, включая вопросы по скринингам при беременности, и экстракорпорального оплодотворения (ЭКО); 2.1.3. Касающимся прохождения диспансеризации, профилактических осмотров и прочих комплексных медицинских обследований в любом медицинском учреждении; 2.1.4. Касающимся вызова скорой помощи и оказания неотложной медицинской помощи.

3. По риску «Госпитализация Застрахованного» не признаются Страховыми случаями события: 3.1. Происшедшие вследствие умышленных действий Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, направленных на наступление страхового случая; причинения Застрахованным себе телесных повреждений; совершения или попытки совершения Страхователем, Застрахованным, Выгодоприобретателем уголовного преступления, находящегося в прямой причинной связи с наступлением страхового случая; 3.2. Происшедшие вследствие самоубийства (покушения

Застрахованного на самоубийство) в течение первых двух лет страхования Застрахованного лица, за исключением доведения Застрахованного до самоубийства противоправными действиями третьих лиц; 3.3. Происшедшие вследствие алкогольного отравления Застрахованного, отравления в результате употребления Застрахованным наркотических, токсических, сильнодействующих, психотропных и лекарственных веществ (препаратов) без предписания врача, заболеваний вызванных употреблением алкоголя, наркотических или токсических веществ; дорожно-транспортного происшествия, если Застрахованный управлял транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения либо передал управление лицу, находящемуся в подобном состоянии, а также лицу, не имеющему права на управление транспортным средством; 3.4. Происшедшие вследствие заболевания в присутствии ВИЧ-инфекции; 3.5. Происшедшие вследствие причин, прямо или косвенно вызванных психическим заболеванием Застрахованного; 3.6. Происшедшие вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения; 3.7. Происшедшие вследствие исполнения судебного решения, вступившего в законную силу; 3.8. Происшедшие вследствие случаев, произошедших во время пребывания Застрахованного лица в местах лишения свободы, тюремного заключения; 3.9. Происшедшие вследствие всякого рода военных действий, учений, маневров, мероприятий, действий иностранного противника (вне зависимости от факта объявления войны); гражданских войн, гражданских волнений и беспорядков, мятежей, восстаний, забастовок; 3.10. Происшедшие вследствие воздействия ядерной энергии и радиоактивного излучения в любой форме, радиоактивного, химического или бактериологического заражения местности; 3.11. Происшедшие вследствие любых событий, связанных с применением Застрахованным лицом, испытанием им или хранением оружия, боеприпасов, взрывчатых или отравляющих веществ; 3.12. Происшедшие вследствие занятий любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования и тренировки, а также занятия следующими опасными видами спорта на любительской основе: авто-, мотоспорт, альпинизм, спелеология, бокс, фридайвинг, скайсерфинг, дайвинг (глубина погружения более 25 метров), кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта, парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт, боевые единоборства, экстремальные виды велосипедного спорта, поездки или управления мотоциклом, мотороллером, маломерным судном или снегоходом. и т.п.; 3.13. Происшедшие вследствие любых полетов, кроме перемещения на регулярных и чартерных рейсах в качестве пассажира на самолете, который принадлежит авиационному предприятию и зарегистрирован должным образом; 3.14. Происшедшие вследствие заболевания / внешнего события (в том числе ДТП), диагностированного / произошедшего до заключения Договора страхования; 3.15. Если в момент наступления внешнего события (в том числе ДТП) Застрахованное лицо находилось под воздействием психотропных веществ, в состоянии наркотического опьянения или в состоянии алкогольного опьянения (при концентрации алкоголя в крови Застрахованного лица в количестве 3 (трех) и более промилле); 3.16. Наступившие в течение Выжидательного периода; 3.17. Происшедшие в связи с лечением зубов (их имплантацией, удалением, восстановлением и т.п.), за исключением повреждений, полученных в результате внешнего события (в том числе ДТП), в связи с пластическим или косметическим хирургическим вмешательством, за исключением случаев, когда это необходимо для лечения (устранения последствий) телесных повреждений, полученных в связи с внешним событием (в том числе ДТП), в связи с беременностью или её прерыванием, абортом, выкидышем, родами, стерилизацией/рестерилизацией, оплодотворением, лечением бесплодия, лечением импотенции, лечением родовой травмы, врожденной аномалии или наследственного заболевания, лечением венерических заболеваний, простудных заболеваний (ОРВИ); в связи с проведением диагностики методами биопсии, эндоскопии, лапароскопии и артроскопии, в связи с официально признанным случаем эпидемии, пандемии, природных бедствий (катастроф); вследствие проведения медицинского обследования Застрахованного, проживания Застрахованного в клинике или санатории для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения, задержания Застрахованного в связи с карантином или иными превентивными мерами официальных властей..

4. Исключение, указанное в п. 3.14. настоящего Раздела, действует в отношении заболевания / внешнего события (в том числе ДТП), диагностированного / произошедшего до даты первого заключения Договора страхования в отношении конкретного Застрахованного. Данное исключение не применяется, в случаях, когда Договор страхования в отношении данного Застрахованного заключался непрерывно, включая период с даты диагностирования заболевания / наступления внешнего события (в том числе ДТП) до даты наступления страхового случая по рискам, предусмотренным Договором страхования. В случае, если в отношении данного Застрахованного Договор не заключался хотя бы в течение 1 (одного) месяца, указанное в п. 3.14 настоящего Раздела исключение действует вновь на общих основаниях со следующего месяца страхования после перерыва.

5. Страховщик освобождается от страховой выплаты при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, происшедшего вследствие: 5.1. Умысла Страхователя / Застрахованного или Выгодоприобретателя; 5.2. Самоубийства (покушения Застрахованного на самоубийство) в течение первых двух лет действия Договора страхования, за исключением доведения Застрахованного до самоубийства противоправными действиями третьих лиц; 5.3. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения; 5.4. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий; 5.5. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

6. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате в случае: 6.1. Если Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) не уведомил Страховщика (или его представителя) о наступлении страхового случая, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату, а также в случае невыполнения Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) обязанностей, предусмотренных условиями договора страхования, которое повлекло за собой невозможность принятия Страховщиком решения о признании случая страховым и осуществлении страховой выплаты; 6.2. Если Страхователь / Застрахованный при заключении договора добровольного страхования сообщил заведомо ложные сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.

Раздел III. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

Для получения страховой выплаты по дополнительным страховым рискам представляются следующие документы:

4. Перечень документов по риску «ДМС» содержится в п. 10.4.10 Правил 2.
5. Перечень документов по риску «Госпитализация Застрахованного» содержится в п.п. 10.6.13-10.6.14 Правил 3.

Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом на русский язык. Документы предоставляются в печатном виде или разборчиво написанные от руки. Копии документов, передаваемых Страховщику, должны быть заверены нотариально либо органом (учреждением), выдавшим оригинал документа.

Страховая выплата осуществляется в течение 30 календарных дней со дня представления всех документов, необходимых Страховщику для принятия решения об осуществлении страховой выплаты.

Раздел IV. КАК ВЕРНУТЬ СТОИМОСТЬ СТРАХОВАНИЯ?

Основания для возврата стоимости страхования	Сумма возврата стоимости страхования
Отказ от добровольного страхования в течение 30 (Тридцати) календарных дней со дня выражения согласия на включение в число застрахованных лиц, при условии отсутствия в период с даты включения в число застрахованных лиц до даты отказа застрахованного от добровольного страхования событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат по договору страхования.	100% стоимости страхования
Отказ от добровольного страхования в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования, при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат по договору страхования.	100% страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.
Отказ от добровольного страхования, оформленного при предоставлении потребительского кредита (займа), в случае полного досрочного исполнения заемщиком, являющимся Застрахованным по договору страхования, обязательств по такому договору потребительского кредита (займа), при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев и страховых выплат по договору страхования.	

В иных случаях стоимость страхования возврату не подлежит.

Возврат стоимости страхования осуществляется в течение 7 рабочих дней со дня получения соответствующего заявления, а также документов, подтверждающих основание для возврата стоимости страхования.

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:	**АО «АЛЬФА-БАНК», 107078, г. Москва, ул. Каланчевская, д. 27**

Раздел VII. КАК УРЕГУЛИРОВАТЬ СПОР ДО СУДА?

3. Направить кредитору (страховщику) заявление (претензию) в письменной форме.

4. 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.