

# Условия Программы АО «Банк Русский Стандарт» по организации страхования Клиентов

1. Настоящие Условия Программы АО «Банк Русский Стандарт» по организации страхования Клиентов (далее — Условия Программы) являются неотъемлемой частью Условий по банковским картам «Русский Стандарт» (далее — Условия), определяют порядок участия Клиента в Программе АО «Банк Русский Стандарт» по организации страхования Клиентов (далее — Программа) и регулируют отношения между Банком и Клиентом, возникающие в связи с осуществлением Банком Программы.

## 2. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

2.1. В настоящем документе термины, указанные ниже и написанные с заглавной буквы, будут иметь следующее значение:

2.1.1. **Временная утрата трудоспособности** — временная утрата Трудоспособности, сопровождающаяся освобождением Застрахованного лица от трудовой (служебной) и иной деятельности на срок, необходимый для проведения лечения и восстановления Трудоспособности, подтвержденная Документом о нетрудоспособности;

2.1.2. **Выгодоприобретатель** — лицо, в пользу которого заключен договор страхования и которое обладает правом на получение Страховой выплаты;

2.1.3. **Госпитализация** — нахождение Застрахованного лица в круглосуточном стационаре медицинского учреждения для проведения лечения, подтвержденная Документом о нетрудоспособности;

2.1.4. **Документ о нетрудоспособности** — листок нетрудоспособности, освобождение от выполнения служебных обязанностей, заключение военно-врачебной комиссии, свидетельство о болезни и иные выданные в соответствии с действующим законодательством и надлежащим образом заверенные документы, подтверждающие временную утрату Трудоспособности Застрахованного лица.

В случае Госпитализации документом, определяющим начало и общий срок нетрудоспособности, является выписной/переводной эпикриз (выписка из медицинской карты стационарного больного), оформленный при непрерывной Госпитализации Застрахованного лица в круглосуточный стационар медицинского учреждения.

Не является Документом о нетрудоспособности любой документ о медицинской помощи, оформленный амбулаторным звеном здравоохранения (включая консультативные центры), стационаром дневного типа пребывания, учреждениями реабилитационной и санаторно-курортной направленности (включая, но не ограничиваясь: выписка из медицинской карты амбулаторного больного, справка о медицинском наблюдении за определенный период, медицинские заключения специалистов, записи врачебных осмотров);

2.1.5. **Заболевание** — любое нарушение состояния здоровья, не вызванное Несчастливым случаем, диагностированное на основании объективных симптомов;

2.1.6. **Застрахованное лицо** — физическое лицо, в отношении жизни и здоровья которого заключен договор страхования, заключившее с Банком Договор о Карте;

2.1.7. **Несчастный случай** — внезапное кратковременное внешнее событие, не являющееся следствием заболевания или медицинских манипуляций, повлекшее за собой телесное повреждение или смерть Застрахованного лица, если такое событие произошло независимо от воли Застрахованного лица. В отношении Клиентов, страхование которых Банк организует в соответствии с Условиями Программы с 26.12.2024 (включительно), Несчастливыми случаями не являются беременность и связанные с ней осложнения, остро возникшие или хронические заболевания и их осложнения (как ранее диагностированные, так и впервые выявленные), в том числе спровоцированные воздействием внешних факторов, включая, но не ограничиваясь: инфаркт миокарда, инсульт, аневризмы (или разрывы аневризмы), опухоли, функциональная недостаточность органов, аллергические реакции;

2.1.8. **Опасное заболевание** — онкологическое заболевание (злокачественное новообразование — (далее — **ЗНО**)) любой стадии (включая *in situ*) и локализации, в том числе без уточнения первичного очага, относящееся к кодам заболеваний C00-C97 по Международной классификации болезней 10 пересмотра (далее — **МКБ-10**), за исключением любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ (любой стадии);

2.1.9. **Период непрерывного страхования** — период времени, в течение которого Страховщик, заключая договоры страхования, осуществляет непрерывное страхование Застрахованного лица.

Дата начала первого Периода непрерывного страхования совпадает с датой заключения первого договора страхования в рамках Программы в отношении соответствующего Застрахованного лица.

Период страхования по последовательно заключаемым договорам страхования, по которым было застраховано Застрахованное лицо, признается непрерывным, если период времени между датой окончания Срока страхования по предшествующему договору страхования, по которому было застраховано Застрахованное лицо, и датой начала Срока страхования по последующему по времени договору страхования, по которому было застраховано Застрахованное лицо, не превышает 3 месяцев. В случае если указанный период времени составляет более 3 месяцев, то дата начала Срока страхования по последующему договору страхования, заключенному в отношении Застрахованного лица, признается датой начала нового Периода непрерывного страхования;

**2.1.10. Постоянная утрата трудоспособности Застрахованного лица** — установление Застрахованному лицу по стандартам Медико-социальной экспертизы (далее — **МСЭ**) в соответствии с законодательством Российской Федерации 1-й (первой) или 2-й (второй) группы инвалидности впервые, на срок не менее 1 (одного) года.

При этом инвалидность 1-й (первой) или 2-й (второй) группы считается установленной впервые и отвечает определению «Постоянная утрата трудоспособности Застрахованного лица» в том случае, если в справке МСЭ прямо указано на факт установления инвалидности 1-й (первой) или 2-й (второй) группы впервые, либо в справке МСЭ указано на факт установления инвалидности 1-й (первой) или 2-й (второй) группы повторно, при этом Застрахованному лицу ранее, была установлена инвалидность 3-й (третьей) группы. Во всех иных случаях, при условии, что в справке МСЭ указано на факт установления инвалидности повторно, инвалидность 1-й (первой) или 2-й (второй) группы считается установленной повторно и не отвечает определению «Постоянная утрата трудоспособности Застрахованного лица»;

**2.1.11. Расчетный год** — период времени, равный 12 (двенадцати) месяцам. Датой начала первого Расчетного года является дата заключения в отношении Застрахованного лица первого договора страхования по рискам, указанным в п. 4.2.2.2.3, 4.2.2.2.4 Условий Программы. Датой начала каждого последующего Расчетного года является дата, следующая за датой окончания предшествующего Расчетного года. При этом последовательное исчисление Расчетных годов не зависит от прекращения и возобновления страхования такого Застрахованного лица;

**2.1.12. Сайт Банка** — сайт Банка в сети Интернет по адресу: <https://www.rsb.ru>;

**2.1.13. Совокупная Задолженность** — сумма денежных средств, состоящая из:

- при отсутствии Договора потребительского кредита — суммы Задолженности по Договору о Карте за вычетом сумм неустойки, подлежащей уплате Клиентом Банку по Договору о Карте;
- при наличии Договора потребительского кредита — совокупной суммы Задолженности по Договору о Карте и Задолженности по Договору потребительского кредита, за вычетом сумм неустоек, подлежащих уплате Клиентом Банку по Договору о Карте и Договору потребительского кредита;

**2.1.14. Срок страхования** — период времени, в течение которого действует страхование;

**2.1.15. Страховая выплата** — сумма денежных средств, которую Страховщик обязуется выплатить Выгодоприобретателю при наступлении Страхового случая;

**2.1.16. Страховая премия** — плата за страхование, которую Банк обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования;

**2.1.17. Страховая сумма** — определенная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик несет ответственность по договору страхования, и исходя из величины, которой определяется размер Страховой выплаты;

**2.1.18. Страховое событие** — предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование;

**2.1.19. Страховой случай** — совершившееся Страховое событие, с наступлением которого у Страховщика возникает обязанность произвести Страховую выплату;

**2.1.20. Страховщик** — Акционерное общество «Русский Стандарт Страхование» (место нахождения, почтовый адрес: 105187, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Соколиная гора, ул. Ткацкая, д. 36, лицензии на осуществление страхования СЖ № 3748 от 28.09.2023, СЛ № 3748 от 28.09.2023, выданные Центральным банком Российской Федерации без ограничения срока действия);

**2.1.21. Трудоспособность** — способность лица к выполнению работы (несению службы) определенной профессии (должности) или в качестве индивидуального предпринимателя (самозанятого) и сопровождающаяся официальным получением дохода (заработка) таким лицом.

2.2. Иные термины (не перечисленные в п. 2.1 Условий Программы), используемые в настоящем документе, написанные с заглавной буквы, имеют то же значение, что и в Условиях.

### 3. УЧАСТИЕ КЛИЕНТА В ПРОГРАММЕ

3.1. Клиент вправе принять участие в Программе (быть включенным в число ее участников), если такую возможность предусматривает Договор о Карте и отсутствуют ограничения для участия Клиента в Программе.

3.2. Договор о Карте предусматривает возможность участия Клиента в Программе в случае, если в рамках Договора о Карте Клиенту выпущена или должна быть выпущена Банком одна из Карт, указанных в п. 2 Приложения № 1 к Условиям Программы, либо в случае, если в рамках Договора о Карте Клиенту была выпущена Банком Карта, указанная в п. 3 Приложения № 1 к Условиям Программы.

3.3. Ограничениями для участия Клиента в Программе (для включения в число ее участников) являются одно или несколько из следующих ограничений (далее — **Ограничения**):

3.3.1. В отношении Клиентов, страхование которых Банк организует в соответствии с Условиями Программы до 26.12.2024, применяются следующие Ограничения:

3.3.1.1. Клиент моложе 18 лет или старше 75 лет;

3.3.1.2. Клиент недееспособен;

3.3.1.3. Клиент является инвалидом 1-ой или 2-ой группы, лицом, страдающим психическими заболеваниями, перенес инсульт (острое нарушение мозгового кровообращения), инфаркт миокарда, страдает сердечной недостаточностью третьей стадии, циррозом печени, терминальной почечной недостаточностью, злокачественными заболеваниями крови, онкологическими заболеваниями, является больным СПИДом или ВИЧ инфицированным, либо ему установлен диагноз «гепатит С».

3.3.2. В отношении Клиентов, страхование которых Банк организует в соответствии с Условиями Программы с 26.12.2024, применяются следующие Ограничения:

3.3.2.1. Клиент моложе 18 лет или старше 75 лет;

3.3.2.2. Клиент недееспособен;

3.3.2.3. Клиент является инвалидом 1-ой или 2-ой группы;

3.3.2.4. Клиент перенес пересадку или удаление органов, страдает психическими заболеваниями (МКБ-10 раздел F), демиелинизирующими заболеваниями, перенес инсульт/инфаркт мозга, инфаркт миокарда, страдает хроническим алкоголизмом и/или зависимостью от психоактивных веществ;

3.3.2.5. Клиенту были диагностированы: фибрилляции предсердий и желудочков сердца, гипертоническая болезнь (АГ) 3-й стадии или 3-й степени, сахарный диабет с множественными осложнениями, почечная недостаточность 4-й (терминальной) стадии, онкологическое заболевание (ЗНО (МКБ-10 раздел C), любой стадии (включая in situ) и локализации, в том числе «неуточненной», цирроз печени, туберкулез, ВИЧ-инфекция (включая СПИД), гепатит «С».

3.4. Для участия в Программе (для включения в число участников Программы) Клиент:

3.4.1. до заключения Договора о Карте обращается в Банк с заявлением об участии в Программе (далее — **Заявление об участии**), содержащимся в составе Заявления или заявления о предоставлении дополнительных услуг, оформленном по форме Банка (далее — **Заявление об услугах**). Заявление/Заявление об услугах, содержащее Заявление об участии, может быть оформлено как на бумажном носителе, так и при обращении Клиента в Банк с использованием Систем дистанционного обслуживания в виде электронного документа, формируемого с использованием информационных систем Банка в соответствии с Условиями дистанционного заключения договора. При этом указание в Заявлении/Заявлении об услугах значения «Да» в отношении волеизъявления Клиента принять участие в Программе, а также подписание Клиентом Заявления/Заявления об услугах и его передача в Банк (при оформлении такого Заявления/Заявления об услугах на бумажном носителе) либо подписание Клиентом такого Заявления/Заявления об услугах Простой электронной подписью<sup>1</sup> в соответствии с функциональностью Интернет-банка или Мобильного банка (при формировании такого Заявления/Заявления об услугах с использованием информационных систем Банка), кроме прочего, являются подтверждением, что: 1) Клиент просит включить его в число участников Программы; 2) Клиент ознакомлен и согласен с Условиями Программы; 3) у Клиента отсутствуют Ограничения; 4) Клиент может являться Застрахованным лицом в рамках договора страхования; либо

3.4.2. после заключения Договора о Карте обращается в Банк с заявлением о включении его в число участников Программы одним из следующих способов:

3.4.2.1. с письменным заявлением по установленной Банком форме, при этом Клиент должен предъявить документ, удостоверяющий его личность;

3.4.2.2. по телефону Call-Центра Русский Стандарт, при этом Клиент должен правильно сообщить Коды доступа;

3.4.2.3. с использованием Мобильного банка (при наличии Договора дистанционного обслуживания), путем направления соответствующего электронного документа, составленного по форме Банка и подписанного (подтвержденного) АСП Клиента (Персональным кодом для Мобильного банка).

При обращении с заявлением к Банку в соответствии с п. 3.4.2 Условий Программы Клиент должен подтвердить, что у него отсутствуют Ограничения и, соответственно, он может являться Застрахованным лицом в рамках договора страхования.

3.5. Банк включает Клиента в число участников Программы (Клиент начинает участвовать в Программе):

3.5.1. в случае обращения Клиента в Банк с соответствующим заявлением способом, описанным в п. 3.4.1 Условий Программы, — со дня заключения Договора о Карте (со дня начала первого Расчетного периода);

3.5.2. в случае обращения Клиента в Банк с соответствующим заявлением способом, описанным в п. 3.4.2.1 Условий Программы, — со дня начала Расчетного периода, следующего за Расчетным периодом, в котором такое заявление было принято Банком;

3.5.3. в случае обращения Клиента в Банк с соответствующим заявлением способом, описанным в п. 3.4.2.2 Условий Программы, — со дня начала Расчетного периода, следующего за Расчетным периодом, в котором Клиент обратился к Банку по телефону Call-Центра Русский Стандарт;

3.5.4. в случае обращения Клиента в Банк с соответствующим заявлением способом, описанным в п. 3.4.2.3 Условий Программы, — со дня начала Расчетного периода, следующего за Расчетным периодом, в котором Банком был принят электронный документ Клиента, содержащий такое заявление.

3.6. Клиент считается принимающим участие в Программе со дня включения его Банком в число участников Программы (определяемого в соответствии с п. 3.5 Условий Программы) и до дня прекращения участия Клиента в Программе (определяемого в соответствии с п.п. 5.4 и 5.5 Условий Программы).

3.7. Банк вправе отказать Клиенту во включении его в число участников Программы в случае:

3.7.1. если Договор о Карте не предусматривает возможности участия Клиента в Программе;

3.7.2. если Банку на момент получения от Клиента заявления или после получения такого заявления будет или станет известно о наличии у Клиента Ограничений;

3.7.3. если Банк выставил Клиенту Требование в рамках Договора о Карте и/или Заключительный Счет-выписку в рамках Договора потребительского кредита;

3.7.4. если у Клиента имеются неисполненные обязательства перед Банком в рамках Договора о Карте, и/или любого иного договора, предусматривающего предоставление Клиенту Банком банковской карты с целью совершения расходных операций по счету, открытому в рамках такого договора, и/или Договора потребительского кредита, и/или любого иного договора, заключенного между Банком и Клиентом, предусматривающего предоставление Клиенту Банком кредитных средств.

#### 4. ОПИСАНИЕ ПРОГРАММЫ

4.1. В рамках Программы Банк в каждый Расчетный период, в котором Клиент принимает участие в Программе, организует страхование Клиента (с учетом п.п. 4.3, 4.4, 4.11 — 4.14 Условий Программы) путем заключения в качестве страхователя со Страховщиком договоров страхования, в рамках которых Страховщик:

4.1.1. осуществляет страхование имущественных интересов Клиента (который будет являться Застрахованным лицом), связанных с причинением вреда его жизни и здоровью и защищаемых в соответствии с договором страхования, на срок Расчетного периода, и

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

4.2. В рамках заключаемого между Банком и Страховщиком договора страхования в отношении жизни и здоровья Клиента:

4.2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица.

4.2.2. Страховым случаем признается одно из следующих Страховых событий, произошедшее

с Застрахованным лицом в течение Срока страхования, не относящееся к исключениям, то есть к тем Страховым событиям, которые в соответствии с Приложением № 2 к Условиям Программы не могут являться Страховыми случаями, при этом:

4.2.2.1. по договорам страхования, заключенным Банком в соответствии с Условиями Программы до 26.12.2024, Страховыми случаями являются:

4.2.2.1.1. Смерть Застрахованного лица по любой причине;

4.2.2.1.2. Постоянная утрата трудоспособности Застрахованного лица, при условии, что решение МСЭ об установлении Застрахованному лицу инвалидности 1 (первой) или 2 (второй) группы принято в течение Срока страхования, при этом Постоянная утрата трудоспособности Застрахованного лица, причиной которой является Несчастный случай, признается Страховым случаем, если решение МСЭ об установлении Застрахованному лицу инвалидности соответствующей группы принято в течение года с момента Несчастного случая, произошедшего в течение Периода непрерывного страхования, включающего Срок страхования, в течение которого принято соответствующее решение МСЭ. Датой Страхового случая является дата принятия решения МСЭ об установлении Застрахованному лицу соответствующей группы инвалидности.

В случае если на момент принятия Страховщиком решения о Страховой выплате, в результате Несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом, или в результате Заболевания Застрахованного лица, имело место Страховое событие, предусмотренное п. 4.2.2.1.1 Условий Программы, и Страховое событие, предусмотренное п. 4.2.2.1.2 Условий Программы, Страховщик осуществляет Страховую выплату в связи с наступлением Страхового события, предусмотренного п. 4.2.2.1.1 Условий Программы;

4.2.2.2. по договорам страхования, заключенным Банком в соответствии с Условиями с 26.12.2024 (включительно), Страховыми случаями являются:

4.2.2.2.1. **Смерть Застрахованного лица по любой причине** — смерть Застрахованного лица в результате Заболевания или Несчастного случая, наступившая в течение Срока страхования. Болезнь, явившаяся причиной смерти, должна быть впервые диагностирована в течение Периода непрерывного страхования. Несчастный случай, явившийся причиной смерти, должен наступить в течение Периода непрерывного страхования. Если причиной смерти является комбинированный/коморбидный диагноз (т.е. состоящий из нескольких причин, признанных основными), Страховым случаем признаются события, при которых хотя бы одна из основных причин, указанная основным, конкурирующим или сочетанным диагнозом, наступила в течение Срока страхования при условии, что остальные причины, наступившие до Периода непрерывного страхования, не относятся к заболеваниям/состояниям, перечисленным в п. 3.3.2 Условий Программы.

Датой Страхового случая признается дата смерти Застрахованного лица. В случае если в документе, подтверждающем смерть Застрахованного лица, указан только год без обозначения точной даты смерти, за дату принимается 1 июля соответствующего года, если не указано число месяца, то таковым считается 15-е число соответствующего месяца, а если указан период, за дату принимается дата начала периода;

4.2.2.2.2. **Постоянная утрата трудоспособности Застрахованного лица**, в связи с установлением Застрахованному лицу инвалидности 1 (первой) или 2 (второй) группы по причине Заболевания или Несчастного случая.

Инвалидность Застрахованного лица, признается Страховым случаем, если решение МСЭ об установлении Застрахованному лицу инвалидности соответствующей группы принято в течение одного календарного года с даты Несчастного случая или даты первичного установления диагноза Заболевания, наступивших в Срок страхования и повлекших соответствующее решение МСЭ.

Если причиной установления инвалидности является несколько основных диагнозов, то есть комбинированный/коморбидный диагноз (несколько Заболеваний или Заболевания и телесные повреждения, полученные в результате Несчастного случая), Страховым случаем признаются события, при которых хотя бы одна из основных причин, указанная основным, конкурирующим или сочетанным диагнозом наступила в Срок страхования при условии, что остальные причины, наступившие до Периода непрерывного страхования, не относятся к заболеваниям/состояниям, перечисленным в п. 3.3.2 Условий Программы.

При этом если в Период непрерывного страхования в разные Сроки страхования наступило несколько

событий, указанных основными причинами инвалидности, датой Страхового случая признается дата того события, которое наступило раньше.

Датой Страхового случая признается дата первичного установления диагноза Заболевания или дата наступления Несчастного случая.

Документальное подтверждение точной даты Несчастного случая или первичного установления диагноза Заболевания является необходимым условием признания события Страховым случаем;

**4.2.2.2.3. Временная утрата трудоспособности/Госпитализация Застрахованного лица по причине Заболевания или Несчастного случая** на непрерывный срок более 16 (шестнадцати) календарных дней в результате Заболевания или Несчастного случая, произошедшего в течение Срока страхования, подтвержденная Документом о нетрудоспособности. Датой Страхового случая является дата начала периода Временной утраты трудоспособности/Госпитализации, указанная в Документе о нетрудоспособности;

**4.2.2.2.4. Временная утрата трудоспособности/Госпитализация Застрахованного лица по причине ухода за больным членом семьи** на непрерывный срок более 16 (шестнадцати) календарных дней, обозначенная в Документе о нетрудоспособности кодом «09» (уход за больным членом семьи) либо подтвержденная иным документом, подтверждающим Временную утрату трудоспособности по причине ухода за больным членом семьи. Датой Страхового случая является дата начала периода Временной утраты трудоспособности, указанная в Документе о нетрудоспособности;

**4.2.2.2.5. Диагностирование Застрахованному лицу Опасного заболевания** — первичное диагностирование у Застрахованного лица в течение Срока страхования онкологического заболевания (ЗНО) любой стадии (включая in situ) и локализации, включая ЗНО: неточно обозначенных, вторичных и неуточненных локализаций, относящихся к кодам заболеваний C76-C80 по МКБ-10.

Опасное заболевание также признается Страховым случаем, если до Периода непрерывного страхования Застрахованному лицу диагностировалось ЗНО, но Опасное заболевание, диагностированное впервые в Срок страхования, возникло в другом органе, не состоит в причинно-следственной связи с ранее диагностированным ЗНО и не является его развитием, осложнением и/или метастазами.

Установление онкологом диагноза ЗНО, Онкологического заболевания первично является необходимым условием признания события Страховым случаем.

Датой Страхового случая является дата первичного гистологического или цитологического исследования, на основании которого врачом соответствующей специализации Застрахованному лицу впервые установлен диагноз ЗНО, а в случае, когда указанное исследование невозможно выполнить по медицинским противопоказаниям — дата первичного заключения магнитно-резонансной томографии (далее — **МРТ**), и/или компьютерной томографии (далее — **КТ**), и/или эмиссионной томографии (далее — **ПЭТ**), на основании которого онкологом установлен диагноз ЗНО.

В случае осуществления Застрахованному лицу Страховой выплаты по Страховому риску, указанному в п. 4.2.2.2.5 Условий Программы, договоры страхования в рамках Программы заключаются в отношении такого лица в следующих Расчетных периодах только по Страховым рискам, указанным в п.п. 4.2.2.2.1 — 4.2.2.2.4 Условий Программы.

4.2.3. В случае объявления судом Застрахованного лица умершим, Страховое событие, предусмотренное п. 4.2.2.1.1 и п. 4.2.2.2.1 Условий Программы, может быть признано Страховым случаем только в случае, если в решении суда указано, что Застрахованное лицо пропало без вести при обстоятельствах, угрожающих смертью. Датой страхового случая при этом признается установленный судом день предполагаемой гибели Застрахованного лица.

4.2.4. При наступлении Страховых случаев, указанных в п.п. 4.2.2.2.1, 4.2.2.2.2, 4.2.2.2.5 Условий Программы, Страховщик производит Страховую выплату в размере 100% Страховой суммы, установленной договором страхования в отношении Застрахованного лица на дату наступления Страхового случая.

4.2.5. Если до наступления Страховых случаев, указанных в п.п. 4.2.2.2.1, 4.2.2.2.2, 4.2.2.2.5 Условий Программы, Страховщиком была произведена Страховая выплата по рискам, указанным в п.п. 4.2.2.2.3, 4.2.2.2.4 Условий Программы, размер Страховой выплаты по рискам, указанным в п.п. 4.2.2.2.1, 4.2.2.2.2, 4.2.2.2.5 Условий Программы, уменьшается на сумму ранее произведенной Страховой выплаты.

4.2.6. При наступлении Страхового случая, указанного в п. 4.2.2.2.3 Условий Программы, Страховщик

осуществляет Страховую выплату в размере 0,67% Страховой суммы, установленной договором страхования в отношении Застрахованного лица, в день (но не более 2000 рублей в день) с 1-го по 75-й день Временной утраты трудоспособности/Госпитализации Застрахованного лица, если период непрерывной Временной утраты трудоспособности/Госпитализации составил более 16 дней.

Страховая выплата может быть произведена не более чем за 75 дней Временной утраты трудоспособности/Госпитализации Застрахованного лица в течение Расчетного года.

4.2.7. При наступлении Страхового случая, указанного в п. 4.2.2.2.4 Условий Программы, Страховщик осуществляет Страховую выплату в размере 0,67% Страховой суммы, установленной договором страхования в отношении Застрахованного лица, в день (но не более 2000 рублей в день) с 1-го по 21-й день Временной утраты трудоспособности Застрахованного лица по причине ухода за больным членом семьи, если непрерывный период Временной утраты трудоспособности по причине ухода за больным членом семьи составил более 16 дней.

Страховая выплата может быть произведена не более чем за 21 день Временной утраты трудоспособности Застрахованного лица по причине ухода за больным членом семьи в течение Расчетного года.

4.2.8. Срок страхования устанавливается равным Расчетному периоду, в котором Банк организует страхование Клиента.

4.2.9. Банк самостоятельно в качестве страхователя производит уплату Страховщику Страховой премии.

4.2.10. Страховая сумма устанавливается равной сумме Совокупной Задолженности, определяемой Банком на начало Расчетного периода, в котором Банк организует страхование Клиента.

4.2.11. Страховая выплата устанавливается равной Страховой сумме.

4.2.12. Выгодоприобретатель по договору страхования определяется в соответствии с п. 2 ст. 934 Гражданского кодекса Российской Федерации, если Клиент в качестве Выгодоприобретателя не указал конкретное лицо.

4.2.13. Клиент вправе указать в качестве Выгодоприобретателя любое лицо. Для этого Клиент должен обратиться в Банк с письменным заявлением по форме, установленной Банком, указав лицо, которое Клиент желает назначить Выгодоприобретателем. В случае если Клиент обращается к Банку с таким заявлением после начала своего участия в Программе (в отношении Клиента в рамках Программы уже заключались договоры страхования) замена Выгодоприобретателя в рамках Программы производится с начала Расчетного периода, следующего за Расчетным периодом, в котором Клиент обратился с таким заявлением в Банк.

4.3. Банк не организует страхование Клиента в Расчетный период, на дату начала которого Совокупная Задолженность отсутствует (равна нулю).

4.4. Банк вправе не организовывать страхование Клиента в Расчетный период, следующий за Расчетным периодом, на дату окончания которого имеется неоплаченная Клиентом сумма для оплаты, указанная в последнем сформированном Счете-выписке<sup>2</sup>.

4.5. В соответствии с Условиями Программы Клиент поручает Банку с целью организации последним страхования Клиента передавать Страховщику следующие сведения, имеющиеся в Банке:

4.5.1. фамилию, имя, отчество Клиента;

4.5.2. пол Клиента;

4.5.3. дату рождения Клиента;

4.5.4. адрес регистрации Клиента по месту жительства;

4.5.5. адрес фактического проживания Клиента;

4.5.6. паспортные данные Клиента (серия, номер паспорта, дата выдачи, наименование органа, выдавшего паспорт);

4.5.7. номер Счета;

4.5.8. номер Договора о Карте;

4.5.9. контактные телефоны Клиента;

4.5.10. информацию о Выгодоприобретателе;

4.5.11. иную информацию:

4.5.11.1. необходимую Банку и Страховщику для заключения договоров страхования в отношении жизни и здоровья Клиента;

4.5.11.2. необходимую Страховщику для принятия решения о признании Страхового события Страховым случаем и о Страховой выплате.

4.6. За участие Клиента в Программе Банк взимает с Клиента комиссию в соответствии с Тарифами по банковским картам «Русский Стандарт» и Условиями, при этом, в случае если Банк в соответствии с п.п. 4.3, 4.4, 4.11 — 4.14 Условий Программы не организовал страхование Клиента в соответствующий Расчетный период, то Банком комиссия за такой Расчетный период не взимается.

4.7. Клиент как участник Программы обязан:

4.7.1. незамедлительно проинформировать Банк о возникновении у него одного или нескольких Ограничений;

4.7.2. уплачивать Банку комиссию за участие в Программе в порядке и на условиях, определенных Условиями и Тарифами по банковским картам «Русский Стандарт».

4.8. В случае если произошло одно из Страховых событий, указанных в п. 4.2.2 Условий Программы, Выгодоприобретатель для получения Страховой выплаты должен осуществить действия и предоставить документы, предусмотренные Приложением № 3 к Условиям Программы.

4.9. Банк по обращению Выгодоприобретателя оказывает последнему содействие в уведомлении Страховщика о наступлении Страхового события и/или передаче Страховщику Заявления о Страховом случае и собранных Выгодоприобретателем документов, указанных в Приложении № 3 к Условиям Программы. Для получения такого содействия от Банка Выгодоприобретатель должен передать в Банк соответствующую информацию и документы не позднее, чем за 5 (пять) дней до окончания сроков, указанных в Приложении № 3 к Условиям Программы установленных для передачи такой информации / таких документов Страховщику, а Банк самостоятельно направит соответствующую информацию и документы Страховщику, при этом документы Выгодоприобретатель собирает самостоятельно (Банк не оказывает содействие в сборе документов).

4.10. Условия и порядок получения Выгодоприобретателем Страховой выплаты, сроки признания Страхового события Страховым случаем, права и обязанности Выгодоприобретателя и Страховщика определены в Правилах страхования жизни и здоровья держателей банковских карт, разработанных Страховщиком (далее — Правила), которые являются неотъемлемой частью каждого договора страхования, заключаемого между Банком и Страховщиком в рамках Программы. С Правилами можно ознакомиться в сети Интернет на сайте Страховщика по адресу: <https://rsins.ru/doc/SZHiZDBK>, либо на Сайте Банка.

4.11. Если Клиент в соответствии с Законом № 106-ФЗ<sup>3</sup> обратился к Банку с требованием об изменении условий Договора потребительского кредита (далее по тексту настоящего пункта — **Требование по Договору ПК**), то Банк не организует страхование Клиента в рамках Программы в течение Расчетных периодов, определяемых в соответствии с Дополнительными условиями «Льготный период по Закону» к Условиям, если в рамках Договора потребительского кредита Банком Клиенту на основании такого Требования по Договору ПК установлен предусмотренный Законом № 106-ФЗ льготный период или если в рамках Договора потребительского кредита Банком Клиенту в соответствии с Дополнительными условиями «Льготный период в соответствии с требованиями законодательства» установлены кредитные каникулы.

4.12. Если Клиент в соответствии с Законом № 377-ФЗ<sup>4</sup> обратился к Банку с требованием об изменении условий Договора потребительского кредита (далее по тексту настоящего пункта — **Требование по Договору ПК**), то Банк не организует страхование Клиента в рамках Программы в течение Расчетных периодов, определяемых в соответствии с Дополнительными условиями «Льготный период по Закону № 377-ФЗ» к Условиям, если в рамках Договора потребительского кредита Банком Клиенту на основании такого Требования по Договору ПК установлен предусмотренный Законом № 377-ФЗ льготный период.

4.13. Если Клиент в соответствии с Законом № 353-ФЗ<sup>5</sup> обратился к Банку с требованием об изменении условий Договора потребительского кредита (далее по тексту настоящего пункта — **Требование по Договору ПК**), то Банк не организует страхование Клиента в рамках Программы в течение Расчетных периодов, определяемых в соответствии с Дополнительными условиями «Льготный период по Закону № 353-ФЗ» к Условиям, если в рамках Договора потребительского кредита Банком Клиенту на основании такого Требования по Договору ПК установлен предусмотренный Законом № 353-ФЗ льготный период.

4.14. Банк вправе проводить акции, в рамках которых Банк самостоятельно определяет условия каждой акции, в том числе: 1) порядок и условия участия Клиента в акции; 2) порядок определения Расчетного периода, отличный от установленного в Договоре о Карте; 3) сроки, порядок и условия уплаты комиссии за участие Клиента в Программе, отличные от установленных в Условиях Программы и Договоре о Карте; 4) порядок и условия приостановления и возобновления Банком организации страхования в рамках Программы; 5) иные условия. При этом если Клиент является участником такой акции, то Условия Программы и Договор о Карте действуют с учетом

условий такой акции.

4.15. При заключении между Банком и Страховщиком договора страхования в отношении жизни и здоровья Клиента Банк направляет Клиенту информацию о таком договоре страхования (ключевой информационный документ) любым из следующих способов по усмотрению Банка:

4.15.1. с использованием Мобильного банка и/или Интернет-банка (при наличии Договора дистанционного обслуживания);

4.15.2. с использованием Сайта Банка и в соответствии с его функциональностью, при этом для получения доступа к информации Клиент на специальной странице Сайта Банка, расположенной по адресу: <https://www.rsb.ru/my-documents/>, помимо прочего, выполняет следующие действия: 1) вводит сообщенные Банку в анкете и/или в Заявлении (либо иным образом) номер своего паспорта и номер мобильного телефона; 2) для целей аутентификации Клиента вводит в экранную форму специальной страницы сайта одноразовый код, направленный Банком Клиенту на такой номер мобильного телефона Клиента.

Дополнительно к способам, указанным в п. 4.15.1 и п. 4.15.2 Условий Программы, Клиент может получить ключевой информационный документ в подразделении Банка, при этом Клиент должен предъявить документ, удостоверяющий его личность.

## 5. ПРЕКРАЩЕНИЕ УЧАСТИЯ КЛИЕНТА В ПРОГРАММЕ

5.1. Участие Клиента в Программе прекращается (Клиент исключается из Программы) в следующих случаях:

5.1.1. при отказе Клиента от участия в Программе в порядке, определенном п. 5.2 Условий Программы;

5.1.2. при расторжении Клиентом Договора о Карте;

5.1.3. при выставлении Банком Клиенту Требования в рамках Договора о Карте и/или Заключительного Счета-выписки в рамках Договора потребительского кредита;

5.1.4. при выпуске Банком Клиенту в рамках Договора о Карте вместо Карты, указанной в Приложении № 1 к Условиям Программы, Карты, которая в вышеуказанном приложении не указана (соответственно с момента выпуска такой Карты Договор о Карте перестает рассматриваться как Договор о Карте, предусматривающий возможность участия Клиента в Программе);

5.1.5. при исключении Банком Карты, выпущенной Клиенту, из перечня карт, указанного в Приложении № 1 к Условиям Программы;

5.1.6. при возникновении у Клиента Ограничений;

5.1.7. при прекращении Банком действия Программы,

при этом участие Клиента в Программе прекращается (Клиент прекращает участвовать в Программе) в даты, указанные в п.п. 5.4 и 5.5 Условий Программы.

5.2. Клиент вправе отказаться от участия в Программе, уведомив об этом Банк одним из следующих способов:

5.2.1. обратившись в Банк (лично) с письменным заявлением по установленной Банком форме;

5.2.2. обратившись в Банк по телефону Call-Центра Русский Стандарт, при этом Клиент должен правильно сообщить Коды доступа.

5.3. Прекращение участия Клиента в Программе не является основанием для прекращения действия Договора о Карте.

5.4. Участие Клиента в Программе прекращается (Клиент прекращает участвовать в Программе):

5.4.1. в случае отказа Клиента от участия в Программе способом, описанным в п. 5.2.1 Условий Программы, — в день окончания Расчетного периода, в котором заявление об отказе от участия в Программе было принято Банком;

5.4.2. в случае отказа Клиента от участия в Программе способом, описанным в п. 5.2.2 Условий Программы, — в день окончания Расчетного периода, в котором Клиент обратился к Банку по телефону Call-Центра Русский Стандарт;

5.4.3. в случае расторжения Клиентом Договора о Карте — в день окончания Расчетного периода, в котором Клиент обратился к Банку с заявлением о расторжении Договора о Карте;

5.4.4. в случае выставления Банком Клиенту Требования в рамках Договора о Карте и/или Заключительного Счета-выписки в рамках Договора потребительского кредита — в день окончания Расчетного периода, в котором Банк выставил Клиенту Требование в рамках Договора о Карте и/или Заключительный Счет-выписку в рамках Договора потребительского кредита;

5.4.5. в случае выпуска Банком Клиенту в рамках Договора о Карте вместо Карты, указанной в Приложении № 1 к Условиям Программы, Карты, которая в вышеуказанном приложении не указана, — в день окончания Расчетного периода, в котором Банк выпустил Клиенту такую Карту;

5.4.6. в случае исключения Банком Карты, выпущенной Клиенту, из перечня Карт, указанного в Приложении № 1 к Условиям Программы, — в день окончания Расчетного периода, в котором Банк исключил такую Карту из перечня Карт, указанного в Приложении № 1 к Условиям Программы;

5.4.7. в случае возникновения у Клиента Ограничений — в день окончания Расчетного периода, в котором Банку стало известно о возникновении у Клиента Ограничений;

5.4.8. в случае прекращения Банком действия программы — в день окончания Расчетного периода, предшествующего Расчетному периоду, в котором Банком прекращается действие Программы.

5.5. Дополнительно к изложенному в пункте 5.4 Условий Программы:

5.5.1. Клиент, обратившийся в Банк до заключения Договора о Карте с Заявлением об участии в составе Заявления или Заявления об услугах, вправе отказаться от участия в Программе в течение 30 (тридцати) дней со дня подписания Заявления / Заявления об услугах;

5.5.2. Клиент вправе отказаться от участия в Программе в случае непредоставления, предоставления ему неполной или недостоверной информации об условиях страхования в рамках Программы;

5.5.3. Клиент вправе отказаться от участия в Программе в случае полного досрочного исполнения обязательств по Договору потребительского кредита.

При отказе Клиента от участия в Программе в соответствии с настоящим пунктом Условий Программы его участие в Программе прекращается в день обращения Клиента в Банк с таким отказом от участия в Программе (при условии отсутствия Страхового события).

5.6. Прекращение участия Клиента в Программе не исключает право Выгодоприобретателя на получение Страховой выплаты от Страховщика, если основание для такой Страховой выплаты возникло в рамках заключенного в соответствии с Программой между Банком и Страховщиком договором страхования в отношении жизни и здоровья Клиента.

5.7. В случае прекращения участия Клиента в Программе в соответствии с п. 5.5 Условий Программы Клиент вправе требовать от Банка возврата части, уплаченной за участие в Программе комиссии, которая рассчитывается как разница между суммой комиссии, уплаченной Клиентом за участие в Программе в Расчетном периоде, и суммой части комиссии, рассчитанной пропорционально сроку участия Клиента в Программе в таком Расчетном периоде. При этом Банк вправе требовать, а Клиент должен предоставить документы или иные подтверждения наличия оснований для возврата комиссии за участие в Программе.

## 6. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ПРОГРАММЫ

6.1. Банк вправе в любой момент в одностороннем порядке прекратить действие Программы, уведомив о таком решении Клиентов не позднее чем за 35 (тридцать пять) дней до даты прекращения действия Программы.

6.2. Банк уведомляет Клиентов о своем решении прекратить действие Программы любым из следующих способов по выбору Банка:

6.2.1. путем размещения сообщения о прекращении действия Программы и дате прекращения Программы на информационных стендах по месту нахождения Банка и его подразделений;

6.2.2. путем размещения сообщения о прекращении действия Программы и дате прекращения Программы на Сайте Банка.

6.3. В течение периода времени с момента уведомления Банком Клиентов о прекращении Программы по дату прекращения Программы Банк продолжает заключение со Страховщиком договоров страхования в отношении Клиентов, принимающих участие в Программе.

## 7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Банк не несет ответственности за любые убытки, понесенные Клиентом в результате действий либо бездействия Клиента и/или Страховщика и/или третьих лиц. Иск может быть предъявлен фактическому виновнику убытков, исключая Банк.

7.2. Настоящим Клиент подтверждает и соглашается с тем, что принятие решения о признании Страхового события Страховым случаем и об осуществлении Страховой выплаты находится вне компетенции Банка и не зависит от Банка.

7.3. В случае если Клиент скроет от Банка информацию об имеющихся у него Ограничениях (как на момент

обращения Клиента в Банк с заявлением о включении его в число участников Программы, так и в течение всего срока участия Клиента в Программе), то Клиент несет все риски (в том числе и финансовые), связанные с таким сокрытием.

7.4. Наличие у Клиента, участвующего в Программе, Ограничений не снимает с Клиента обязанности по уплате Банку комиссии за участие Клиента в Программе до того момента, пока Банку не станет известно об имеющихся у Клиента Ограничениях и участие Клиента в Программе не будет прекращено.

7.5. Настоящим Клиент подтверждает и соглашается с тем, что договор страхования между Банком и Страховщиком может заключаться в отношении жизни и здоровья нескольких лиц, в том числе Клиента (договор страхования может предусматривать несколько Застрахованных лиц), в таком случае:

7.5.1. Страховая сумма и Срок страхования устанавливаются отдельно в отношении каждого лица, в отношении жизни и здоровья которого заключается договор страхования, не исключая Клиента;

7.5.2. Клиент либо иное лицо, являющееся Выгодоприобретателем в соответствии с п. 4.2.9 Условий Программы, выступает в качестве Выгодоприобретателя только в случае, если Страховое событие произошло с самим Клиентом как Застрахованным лицом.

7.6. Ничто из изложенного в Условиях Программы не может рассматриваться как ограничение возможности Клиента участвовать в Программе в рамках нескольких договоров, заключенных между Банком и Клиентом, если такие договоры предусматривают такую возможность или участвовать в других программах по организации страхования Банка.

7.7. Условия Программы как неотъемлемая часть Условий могут изменяться Банком в одностороннем порядке, при этом Клиент уведомляется о таких изменениях в порядке, предусмотренном Условиями. Любые изменения и дополнения, внесенные в Условия Программы с момента вступления их в силу с соблюдением процедур, установленных Условиями, равно распространяются на всех лиц, участвующих в Программе, в том числе, на тех, кто стал участником Программы ранее даты вступления изменений и дополнений в силу. В случае несогласия с изменениями или дополнениями, внесенными в Условия Программы, Клиент вправе до вступления в силу таких изменений или дополнений отказаться от участия в Программе в порядке, предусмотренном п. 5.2 Условий Программы.

7.8. Клиент, участвующий в Программе, самостоятельно отслеживает изменения в Условиях Программы и Правилах.

1. Настоящее Приложение является неотъемлемой частью Условий Программы АО «Банк Русский Стандарт» по организации страхования Клиентов.

2. Договор о Карте предусматривает возможность участия Клиента в Программе в случае, если в рамках Договора о Карте Клиенту выпущена или должна быть выпущена Банком одна из следующих Карт:

1. Комплект карт American Express Centurion Card;
2. American Express Platinum Card;
3. American Express Card;
4. American Express Gold Card;
5. Русский Стандарт Классик;
6. Русский Стандарт Голд;
7. Русский Стандарт — Visa — FIFA;
8. RSB Travel Classic;
9. RSB Travel Premium;
10. British Airways American Express Premium Card;
11. Русский Стандарт;
12. Авиакарта American Express Classic Card <sup>6</sup>;
13. Авиакарта American Express Gold Card <sup>7</sup>;
14. Авиакарта American Express Platinum Card <sup>8</sup>;
15. Удобная карта;
16. American Express Design Card;
17. Miles&More Visa Classic Credit Card;
18. Miles&More Visa Gold Credit Card;
19. Miles&More Visa Signature Credit Card;
20. Простой выбор;
21. Мисс Россия;
22. Русский Стандарт FIFA;

1. RSB Travel Black;
2. RSB Travel Platinum;
3. Black;
4. Platinum;
5. British Airways World Mastercard Credit Card;
6. Карта МИП Кредитная;
7. Авиакарта American Express Card;
8. МИП Supreme;
9. BLUE from American Express;
10. МИП Кредитная+;
11. Platinum 100;
12. Platinum 100+;
13. 130 дней без %;
14. UnionPay Кредитная;
15. Наличная карта;
16. МИП в кармане.

3. Договор о Карте предусматривает возможность участия Клиента в Программе в случае, если в рамках Договора о Карте Клиенту была выпущена одна из следующих Карт, действие и использование которой Банком в соответствии

с Договором о Карте прекращено:

1. Diners Club Exclusive Card;

2. Diners Club Premium Card.

4. Банк по своему усмотрению может изменять и дополнять перечень Карт, перечисленных в п.п. 2 и 3 настоящего Приложения, а Клиент в любое время может получить информацию о таком перечне в структурных подразделениях Банка, Call-центре Русский Стандарт и/или на Сайте Банка.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью Условия Программы АО «Банк Русский Стандарт» по организации страхования Клиентов.

**По договорам страхования, заключенным в соответствии с Условиями Программы до 26.12.2024:**

1. Исключениями (Страховыми событиями, которые в соответствии с договором страхования не могут являться Страховыми случаями) являются Страховые события, если они произошли в результате:

- 1.1. самоубийства или попытки самоубийства Застрахованного лица, за исключением случая, когда смерть наступила вследствие самоубийства, и к этому времени договор страхования действовал уже не менее двух лет;
- 1.2. участия Застрахованного лица в военных действиях и/или вооруженных столкновениях;
- 1.3. отравления Застрахованного лица алкоголем, наркотическими веществами, неизвестным ядом, неустановленным веществом или медицинским препаратом, не назначенным надлежащим образом врачом;
- 1.4. действия / бездействия Застрахованного лица, находившегося в состоянии опьянения, если такое опьянение наступило в результате употребления Застрахованным лицом алкоголя, любых заменителей алкоголя, наркотических, психотропных и токсических веществ, а также в результате заболевания, вызванного употреблением алкоголя, наркотических веществ или медицинских препаратов, не назначенных надлежащим образом врачом;
- 1.5. управления Застрахованным лицом любым транспортным средством без права на управление, либо в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, либо передачи Застрахованным лицом управления лицу, не имевшему права на управление транспортным средством данной категории, либо находившемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;
- 1.6. заболевания Застрахованного лица СПИД, а также в результате любого заболевания при наличии у Застрахованного лица СПИД или ВИЧ-инфекции;
- 1.7. причин, прямо или косвенно вызванных нервным или психическим заболеванием Застрахованного лица, параличей, эпилептических припадков, если они не явились следствием Несчастного случая, произошедшего в течение Срока страхования;
- 1.8. заболеваний, в том числе хронических заболеваний и их обострений, о которых Застрахованное лицо либо было осведомлено, либо по поводу которых лечилось или получало врачебные консультации в течение 12 месяцев, непосредственно предшествующих дате начала Периода непрерывного страхования по договорам страхования, заключаемым Страховщиком в отношении данного Застрахованного лица. Указанное исключение применимо также, если заболевание указано в медицинских документах как одна из основных причин наступившего ухудшения состояния здоровья Застрахованного лица;
- 1.9. несчастного случая, произошедшего до начала или после окончания Периода непрерывного страхования.

2. Страховое событие, указанное в п. 4.2.2.1.2 Условия Программы, не является Страховым случаем, если оно произошло в результате развития следующих хронических заболеваний, либо их осложнений: остеохондроз, артрит, артроз, грыжа или протрузия межпозвоночного диска, корешковый синдром, радикулопатия, коксартроз, остеоартроз, люмбагия, люмбагоишалгия, периартроз, спондиллез, спондилоартроз, подагра, анкилозирующий спондилит, цирроз печени. Указанное исключение применимо также, если заболевание указано в медицинских документах как одна из основных причин установленной Застрахованному лицу инвалидности.

**По договорам страхования, заключенным в соответствии с Условиями Программы с 26.12.2024 (включительно):**

1. Страховые события, указанные в п.п. 4.2.2.2.1, 4.2.2.2.2 Условия Программы, не являются Страховыми случаями, если наступили в результате:

- 1.1. Несчастного случая, произошедшего до начала Периода непрерывного страхования;
- 1.2. отравления/интоксикации (острого или хронического) Застрахованного лица алкоголем, суррогатами алкоголя, наркотическими или токсическими веществами, психотропными или галлюциногенными веществами, неизвестным ядом, неустановленным веществом или медицинским препаратом, не назначенным надлежащим образом врачом;
- 1.3. заболевания или состояния, вызванного употреблением алкоголя, его суррогатов наркотических, токсических веществ или медицинских препаратов, не назначенных надлежащим образом врачом, и/или состояний, при

которых коморбидным (комбинированным): фоновым или конкурирующим, или сочетанным заболеванием указаны алкогольная/наркотическая интоксикация, абстинентные синдромы, интоксикация токсическими, психотропными веществами, суррогатами алкоголя;

1.4. управления Застрахованным лицом транспортным средством без права на управление транспортным средством соответствующей категории либо в состоянии Опьянения<sup>9</sup>;

1.5. заболевания Застрахованного лица ВИЧ, а также в результате любого заболевания при наличии у Застрахованного лица ВИЧ-инфекции независимо от даты установления диагноза ВИЧ-инфекция (в стадии СПИД включительно);

1.6. заболеваний, диагностика которых была рекомендована/назначена Застрахованному лицу и/или началась до начала Периода непрерывного страхования на основании появления Патологических симптомов<sup>10</sup>, но не выполнена/не завершена до начала Периода непрерывного страхования по причине неявки/добровольного отказа/прерывания обследования либо ожидания результатов уже начатого обследования и завершилась в период Срока страхования установлением диагноза заболевания;

1.7. заболеваний, в том числе посттравматических и/или хронических заболеваний, их обострений, осложнений или исхода, о которых Застрахованное лицо было осведомлено либо по поводу которых (которого) лечилось или получало врачебные консультации до начала Периода непрерывного страхования, а также если такое заболевание/состояние указано в медицинских документах как одна из основных причин (основной, конкурирующий, сочетанный или фоновый диагноз) Страхового события и перечислено в п. 3.3.2 Условий Программы;

1.8. причин, прямо или косвенно вызванных психическим заболеванием Застрахованного лица, эпилептическим припадком или судорожным синдромом, если они не явились следствием Несчастного случая, произошедшего в течение Срока страхования.

2. Страховое событие, указанное в п. 4.2.2.2.2 Условий Программы, не является Страховым случаем, если оно наступило в результате:

2.1. развития следующих хронических заболеваний либо их осложнений независимо от даты установления диагноза:

- остеохондроз, артрит, артроз, грыжа межпозвоночного диска, коксартроз, остеоартроз, спондилез, спондилоартроз, подагра, спондилит;
- цирроз печени.

Указанное исключение применимо также, если Заболевание указано в медицинских документах как одна из основных причин установленной Застрахованному лицу инвалидности;

2.2. событий, которые не могут быть определенно идентифицированы по дате их наступления.

3. Страховое событие, указанное в п. 4.2.2.2.3 Условий Программы, не является Страховым случаем если:

3.1. Застрахованное лицо не представило Документ о нетрудоспособности;

3.2. причины Временной утраты трудоспособности/Госпитализации иные, чем Заболевание или Несчастный случай;

3.3. Заболевание или Несчастный случай наступили по причине Опьянения<sup>9</sup> Застрахованного лица;

3.4. Временная утрата трудоспособности/Госпитализация наступила после установления Застрахованному лицу инвалидности в результате Заболевания или Несчастного случая по той же причине (диагнозу), начиная с даты установления Застрахованному лицу инвалидности;

3.5. Временная утрата трудоспособности/Госпитализация наступила по причине лечения алкогольной, наркотической и иного рода зависимостей, психиатрической патологии (МКБ-10 раздел F), ВИЧ-инфекции;

3.6. Временная утрата трудоспособности/Госпитализация связана с прохождением реабилитационно-восстановительного лечения в санаториях, профилакториях, реабилитационных центрах;

3.7. Застрахованное лицо госпитализировано в хоспис.

4. Страховое событие, указанное в п. 4.2.2.2.4 Условий Программы, не является Страховым случаем если:

4.1. Застрахованное лицо не представило Документ о нетрудоспособности;

4.2. причины Временной утраты трудоспособности Застрахованного лица иные, чем уход за больным членом семьи.

5. Не подлежат оплате дни Временной утраты трудоспособности по Страховым событиям, указанным в п.п. 4.2.2.2.3,

4.2.2.2.4 Условий Программы, следующие за отметкой о нарушении режима нетрудоспособности в Документе о нетрудоспособности, включая дату нарушения режима нетрудоспособности.

6. Страховые события, указанные в п. 4.2.2.2.5 Условий Программы, не являются Страховыми случаями если:

6.1. Застрахованному лицу диагностирована ВИЧ-инфекция независимо от даты установления диагнозов ЗНО и ВИЧ-инфекции;

6.2. Застрахованному лицу до установления диагноза рак печени был диагностирован вирусный гепатит типа «С» независимо от даты установления диагнозов рака печени и вирусного гепатита «С»;

6.3. диагностика ЗНО была рекомендована/назначена Застрахованному лицу и/или началась до начала Периода непрерывного страхования на основании выявленных Патологических симптомов<sup>10</sup>, но не выполнена/не завершена до начала Периода непрерывного страхования по причине неявки/добровольного отказа/прерывания обследования либо ожидания результатов уже начатого обследования и завершилась в период Срока страхования установлением или уточнением диагноза;

6.4. Застрахованное лицо было осведомлено, проходило лечение или получало врачебные консультации по ЗНО до начала Периода непрерывного страхования, в том числе если такое ЗНО было определено как ЗНО неточно обозначенных, вторичных и неуточненных локализаций (С76-С80);

6.5. установленное в Срок страхования Опасное заболевание состоит в причинно-следственной связи с установленным до начала Периода непрерывного страхования ЗНО либо возникло в том же органе (включая парные органы).

7. Страховщик вправе отказать в Страховой выплате в случае:

7.1. если Страховой случай наступил в результате умышленных действий Застрахованного лица или Выгодоприобретателя, направленных на наступление Страхового случая, за исключением смерти Застрахованного лица, если его смерть наступила вследствие самоубийства и к этому моменту Период непрерывного страхования составлял не менее двух лет;

7.2. участия Застрахованного лица в военных действиях и/или вооруженных столкновениях;

7.3. если Страховой случай наступил в результате совершения или попытки совершения Застрахованным лицом умышленного преступления или противоправных действий;

7.4. если Застрахованное лицо или Выгодоприобретатель предоставили заведомо ложные сведения, связанные с причинами и обстоятельствами наступления Страхового события;

7.5. если Страховщик не был уведомлен о наступлении Страхового события в срок и в порядке, установленном Условиями Программы, Правилами и действующим законодательством Российской Федерации, 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 осуществить Страховую выплату;

7.6. если в момент наступления Несчастливого случая Застрахованное лицо находилось в состоянии Опьянения<sup>9</sup>.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью Условий Программы АО «Банк Русский Стандарт» по организации страхования Клиентов.

**По договорам страхования, заключенным в соответствии с Условиями Программы до 26.12.2024:**

1. В случае если произошло одно из Страховых событий, указанных в п. 4.2.2.1 Условий Программы, Выгодоприобретатель для получения Страховой выплаты должен уведомить о наступлении такого Страхового события Страховщика в течение 60 (шестидесяти) дней с момента, когда Выгодоприобретателю стало известно о наступлении Страхового события. В течение 30 (тридцати) дней с момента такого уведомления предоставить Страховщику заявление о событии, имеющем признаки Страхового случая, в произвольной письменной форме, указав причины и обстоятельства наступления события, а также иную информацию, необходимую для получения Страховой выплаты, (далее — Заявление о Страховом случае), с приложением следующих документов:

1.1. При наступлении Страхового события, указанного в п. 4.2.2.1.1 Условий Программы:

1.1.1. свидетельство о смерти Застрахованного лица, выданное органом ЗАГС или иным уполномоченным на то государственным органом, или его нотариально заверенная копия;

1.1.2. официальное медицинское (врачебное) заключение (свидетельство) о смерти (или посмертный эпикриз), выдаваемое медицинским учреждением, где была зарегистрирована смерть, или иной документ, устанавливающий причину и обстоятельства смерти, выдаваемый медицинским учреждением, ЗАГСом (справка о смерти) или иным уполномоченным государственным органом;

1.1.3. выписка из амбулаторной карты медицинского учреждения, где Застрахованное лицо состояло на учете, за последние 5 лет с указанием общего физического состояния, поставленных диагнозов и дат их постановки, предписанного и проведенного лечения, дат госпитализаций и их причин, установленных групп инвалидности (с указанием их дат и причин) или направления на МСЭ (с указанием их дат и причин);

1.1.4. решение суда об объявлении Застрахованного лица умершим (в случае объявления Застрахованного лица умершим).

1.2. При наступлении Страхового события, указанного в п. 4.2.2.1.2 Условий Программы:

1.2.1. справка МСЭ об установлении Застрахованному лицу 1-й (первой) или 2-й (второй) группы инвалидности впервые, либо вместе со справкой МСЭ об установлении инвалидности 1-й (первой) или 2-й (второй) группы повторно — справку (справки) МСЭ об установлении Застрахованному лицу 3-й (третьей) группы инвалидности за весь период вплоть до установления инвалидности 1-й (первой) или 2-й (второй) группы повторно (согласно определению Постоянной утраты трудоспособности);

1.2.2. документ уполномоченного органа, устанавливающий причину инвалидности (устанавливающий точное название Заболевания или подтверждающий, что причиной инвалидности явился Несчастный случай соответственно), если в качестве причины инвалидности в заключении МСЭ указано «общее заболевание», либо применена иная формулировка причины инвалидности, не позволяющая должным образом установить причину инвалидности и/или тот факт, что наступление инвалидности явилось прямым следствием Несчастного случая (например, следующие документы: обратный талон или направление на МСЭ или выписка из амбулаторной карты и т.д.);

1.2.3. документ, подтверждающий установление Застрахованному лицу 1-й (первой) или 2-й (второй) группы инвалидности впервые, в том числе такими документами могут быть: справка (справки) МСЭ, акт (акты) МСЭ, направление (направления) на МСЭ, выписка из амбулаторной карты медицинского учреждения, где Застрахованное лицо состояло на учете;

1.2.4. выписка из амбулаторной карты медицинского учреждения, где Застрахованное лицо состояло на учете, за последние 5 (пять) лет с указанием общего физического состояния, поставленных диагнозов и дат их постановки, предписанного и проведенного лечения, дат госпитализаций и их причин, установленных групп инвалидности (с указанием дат и причин) или направления на МСЭ (с указанием дат и причин).

2. Кроме документов, указанных выше, Страховщик вправе затребовать у Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, уполномоченных органов или организаций дополнительные документы, необходимые для установления факта и обстоятельств Страхового случая.

**По договорам страхования, заключенным в соответствии с Условиями Программы с 26.12.2024 (включительно):**

1. Для получения Страховой выплаты Выгодоприобретатель обязан в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента наступления Страхового случая предоставить Страховщику заявление о Страховом случае, документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (копии страниц, содержащих фото и информацию о регистрации по месту постоянного жительства), реквизиты счета Выгодоприобретателя для перечисления Страховой выплаты и следующие документы:

1.1. в случае смерти Застрахованного лица:

- нотариально заверенную копию свидетельства о смерти Застрахованного лица, выданного органом ЗАГС или иным уполномоченным государственным органом;
- при смерти в медицинском учреждении и/или обстоятельствах, не требующих расследования: посмертный эпикриз и патологоанатомический эпикриз с результатами гистологического исследования;
- при смерти вне лечебного учреждения и/или обстоятельствах, требующих расследования: постановление правоохранительных органов о результатах расследования смерти и заключение судебно-медицинской экспертизы с результатами гистологического и химико-токсикологического исследования трупа;
- выписку из медицинской карты амбулаторного больного или иной документ из медицинского учреждения по месту наблюдения за указанный Страховщиком период времени с указанием анамнеза заболеваний, диагнозов и дат их постановки, сведений о диспансерном учете. Документ должен быть выдан на бланке или со штампом медицинского учреждения, подписан лечащим врачом, его руководителем и заверен печатью медицинского учреждения;
- в случае, если Выгодоприобретатель по договору страхования не определен, оригинал справки нотариуса о круге наследников выданной не ранее 6 месяцев с даты смерти Застрахованного лица, с указанием всех наследников и доли наследования каждым наследником;

1.2. в случае инвалидности Застрахованного лица:

- нотариально заверенную копию справки МСЭ о присвоении Застрахованному лицу 1-й (первой) или 2-й (второй) группы инвалидности впервые;
- заверенную бюро МСЭ копию протокола проведения МСЭ, содержащего анамнез и основной диагноз, ставший причиной установления группы инвалидности;

1.2.1. если инвалидность наступила в результате Заболевания, а также в зависимости от конкретных обстоятельств заявленного Страхового события:

- оригинал подробной выписки из медицинской карты амбулаторного больного или иной документ из медицинского учреждения по месту наблюдения за указанный Страховщиком период времени с указанием диагнозов и дат их первичного установления, результатов диагностических исследований (с приложением заключений), сведений о диспансерном учете и/или установленных группах инвалидности (с указанием их дат и причин) документ должен быть подписан лечащим врачом и его руководителем, заверен печатью медицинского учреждения;

1.2.2. если инвалидность наступила в результате Несчастного случая, а также в зависимости от конкретных обстоятельств заявленного Страхового события:

- оригинал или надлежащим образом заверенную копию документа, подтверждающего обстоятельства Несчастного случая, приведшего к инвалидности: акт о травме во время тренировки/соревнования; акт о травме на производстве; акт о пожаре/об аварии, выданный уполномоченным органом; постановление о возбуждении/об отказе в возбуждении уголовного дела; постановление об административном правонарушении; протокол с места ДТП; решение суда; заключение судебно-медицинской экспертизы при освидетельствовании живых лиц; при отсутствии вышеперечисленных документов — справку из медицинского учреждения по месту первичного обращения за медицинской помощью, содержащую сведения об обстоятельствах Несчастного случая;
- оригинал подробной выписки из медицинской карты амбулаторного больного или иной документ из медицинского учреждения по месту наблюдения за указанный Страховщиком период времени с указанием даты первичного обращения за медицинской помощью в связи с Несчастливым случаем, установленных диагнозов в связи с телесными повреждениями, результатов диагностических исследований (с приложением заключений), сведений о диспансерном учете и/или установленных группах инвалидности (с указанием их дат и причин). Документ должен быть подписан лечащим врачом и его руководителем, заверен печатью медицинского учреждения;
- если применимо, заключение судебно-медицинской экспертизы при освидетельствовании живых лиц в связи с полученными телесными повреждениями и определении вреда здоровью (оригинал или заверенная БСМЭ или правоохранительными органами копия);

1.3. в случае Временной утраты трудоспособности Застрахованного лица:

- Документ о нетрудоспособности: листок нетрудоспособности, освобождение от выполнения служебных обязанностей, заключение военно-врачебной комиссии, свидетельство о болезни и или иной выданный в соответствии с действующим законодательством и надлежащим образом заверенный документ, подтверждающий временную утрату Застрахованным лицом Трудоспособности. Застрахованные лица, работающие по трудовому договору, предоставляют копию Документа о нетрудоспособности, заверенную подписью и печатью работодателя, иные Застрахованные лица — копию Документа о нетрудоспособности, заверенную подписью лечащего врача и его руководителя и печатью медицинского учреждения;

1.4. при Госпитализации:

- Документ о нетрудоспособности: выписной/переводной эпикриз, содержащий: дату поступления, ФИО, клинические диагнозы, период стационарного лечения и дату выписки Застрахованного лица или дату и причину перевода в другое лечебное учреждение (если применимо);

1.5. в случае Опасного заболевания:

- оригинал или надлежащим образом заверенную копию заключения врача-онколога о диагностировании у Застрахованного лица онкологического заболевания с указанием даты первичного обращения, анамнеза заболевания, дат и результатов всех проведенных в связи с диагностикой заболевания методов исследования, даты первичного установления диагноза ЗНО. Документ должен быть выдан на бланке медицинского учреждения или со штампом медицинского учреждения и подписан лечащим врачом и его руководителем, заверен печатью медицинского учреждения;
- заверенные медицинским учреждением копии направления на исследование и заключение первого гистологического/цитологического исследования, на основании которого впоследствии было диагностировано ЗНО, а в случае если исследование не проводилось по медицинским противопоказаниям, направление и заключение объективного метода исследования (МРТ, КТ, ПЭТ), на основании которого впоследствии онкологом был установлен диагноз ЗНО. Документ должен быть выдан на бланке медицинского учреждения или со штампом медицинского учреждения и подписан лечащим врачом и его руководителем, заверен печатью медицинского учреждения;
- оригинал полной выписки из медицинской карты амбулаторного больного или иной документ из медицинского учреждения по месту наблюдения за указанный Страховщиком период времени с указанием даты первичного установления Опасного заболевания, его анамнеза, дат и результатов дополнительных исследований при его диагностике, сведения об иных диагнозах и дат их постановки, сведений о диспансерном учете. Документ должен быть выдан на бланке медицинского учреждения или со штампом медицинского учреждения и подписан лечащим врачом и его руководителем, заверен печатью медицинского учреждения.

2. Кроме документов, указанных выше, Страховщик в течении 15 рабочих дней после получения заявления о Страховом случае вправе затребовать у Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, уполномоченных органов или организаций дополнительные документы, необходимые для установления факта и обстоятельств наступления Страхового случая, а Страхователь или Выгодоприобретатель для получения Страховой выплаты обязан представить Страховщику следующие документы, если с учетом конкретных обстоятельств отсутствие у Страховщика запрашиваемых документов делает невозможным или крайне затруднительным установление факта Страхового случая, его обстоятельств и расчет размера Страховой выплаты:

- подписанное Застрахованным лицом согласие на запрос Страховщиком сведений, необходимых для определения Страхового случая, а указанным организациям разрешение на ответ на запрос Страховщика;
- если интересы Застрахованного лица или Выгодоприобретателя, обратившегося за Страховой выплатой, представляет третье лицо — нотариальную доверенность, подтверждающую полномочия третьего лица;
- выписку из медицинской карты амбулаторного больного или иной документ из медицинского учреждения по месту наблюдения за указанный Страховщиком период времени с указанием диагнозов и дат их постановки, сведений о диспансерном учете и/или установленных групп инвалидности (с указанием их дат и причин), или направления на Госпитализацию, или на МСЭ (с указанием даты направления и причин); с приложением листа уточненных диагнозов. Документ должен быть выдан на бланке медицинского учреждения или со штампом медицинского учреждения и подписан лечащим врачом и его руководителем, заверен печатью медицинского учреждения;
- выписку из медицинской карты амбулаторного больного и/или выписной эпикриз стационарного больного из медицинского учреждения, осуществляющего лечение пациента в связи с Несчастливым случаем или Заболеванием Застрахованного лица, ставших причиной наступления Страхового события. В документе должны быть указаны клинические диагнозы, даты их постановки, описание проведенного лечения, период

лечения;

- результаты лабораторных, гистологических, цитологических, радиологических исследований, МРТ мультиспиральной компьютерной томографии, ультразвуковых исследований, ПЭТ, подтверждающие установленный диагноз, предусмотренный Страховым риском; а также результаты предыдущих или последующих исследований;
- выписку из реестра оказанных медицинских услуг страховой компании ОМС, ДМС, фонда ОМС за указанный Страховщиком период, содержащую сведения об обращениях за медицинской помощью (даты обращения; диагнозы; наименования медицинских учреждений) за указанный период;
- окончательное медицинское свидетельство о смерти Застрахованного лица, копию, заверенную выдавшей его организацией или нотариально;
- при установлении инвалидности повторно — Справку из БЮРО МСЭ различных инстанций с анамнезом установления всех групп инвалидности: с указанием каждой установленной группы инвалидности, даты ее установления, периода, на который она была установлена, и основная причина каждой инвалидности и/или Протоколы освидетельствования в БМСЭ при каждом освидетельствовании;
- копии всех или отдельно указанных записей в медицинской карте амбулаторного и/или стационарного больного (с нумерацией страниц и заверением лечебного учреждения, выдавшего копии);
- заверенную копию карты вызова скорой медицинской помощи при вызове скорой медицинской помощи на место события;
- справку об учете в психоневрологическом, наркологическом диспансере;
- извещение о впервые установленном ЗНО из онкологического диспансера;
- выписные эпикризы за указанный Страховщиком период;
- результаты консультативных заключений врачей-специалистов и врачебных консилиумов;
- результаты анализа крови на алкоголь, содержание токсических, наркотических веществ или акт освидетельствования на Опьянение, выполненные в течение первых суток с момента наступления события;
- заверенную копию документа (постановление, протокол, решение суда) соответствующего уполномоченного органа, оформленный по факту произошедшего Страхового события, содержащего его причину и обстоятельства наступления;
- водительское удостоверение Застрахованного лица, управлявшего транспортным средством в момент Несчастливого случая;
- копию трудовой книжки, заверенную работодателем;
- решение суда об объявлении Застрахованного лица умершим (в случае объявления Застрахованного лица умершим);
- оригинал справки от работодателя о дате, периоде трудоустройства с указанием периода отсутствия на работе по причине нетрудоспособности;
- заверенную работодателем копию трудового договора;
- любые документы, перечисленные выше (при условии, что они не предоставлялись ранее или их подлинность вызывает сомнения);

3. Если документы, перечисленные выше были составлены на иностранном языке — нотариально заверенный перевод на русский язык таких документов. Услуги по переводу документов на русский язык и нотариальному заверению такого перевода Страховщиком не оплачиваются.

4. Если Выгодоприобретатель по объективным причинам не может предоставить какие-либо документы из указанных выше, Выгодоприобретатель вправе не предоставлять такие документы при условии обязательного пояснения Страховщику причин их не предоставления.

5. В случае если Страховщик получит указанные выше документы или часть документов от третьих лиц, то обязанность Выгодоприобретателя по их представлению Страховщику считается выполненной.

---

<sup>1</sup> Значение терминов «АСП Клиента», «Интернет-банк», «Мобильный банк», «Персональный код для Мобильного банка» и «Простая электронная подпись» определено в Договоре дистанционного обслуживания.

<sup>2</sup> Сумма для оплаты включает в себя сумму минимального платежа по Договору потребительского кредита, а также может включать сумму Задолженности по Договору о Карте на конец Расчетного периода, по окончании которого составлен Счет-выписка.

<sup>3</sup> Под Законом № 106-ФЗ понимается Федеральный закон от 03.04.2020 № 106-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон „О Центральном банке Российской Федерации (Банке России)“ и отдельные законодательные акты Российской Федерации в части

особенностей изменения условий кредитного договора, договора займа».

<sup>4</sup> Под Законом № 377-ФЗ понимается Федеральный закон от 07.10.2022 № 377-ФЗ «Об особенностях исполнения обязательств по кредитным договорам (договорам займа) лицами, призванными на военную службу по мобилизации в Вооруженные Силы Российской Федерации, лицами, принимающими участие в специальной военной операции, а также членами их семей и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

<sup>5</sup> Под Законом № 353-ФЗ понимается Федеральный закон от 21.12.2013 № 353-ФЗ «О потребительском кредите (займе)».

<sup>6</sup> С 04.04.2019 наименование Карты (продукта) Авиакарта American Express Classic Card. Прежнее наименование Карты (продукта) Transaero American Express Classic Card.

<sup>7</sup> С 04.04.2019 наименование Карты (продукта) Авиакарта American Express Gold Card. Прежнее наименование Карты (продукта) Transaero American Express Gold Card.

<sup>8</sup> С 04.04.2019 наименование Карты (продукта) Авиакарта American Express Platinum Card. Прежнее наименование Карты (продукта) Transaero American Express Platinum Card.

<sup>9</sup> Опьянение — состояние организма, вызванное приёмом алкоголя, его заменителей, психотропных, токсических или наркотических веществ в любых количествах (за исключением принятия лекарственных средств в строгом соответствии с назначением врача).

<sup>10</sup> Патологические симптомы — это аномальные анатомические или физиологические состояния и объективные или субъективные проявления заболевания, не классифицируемые как заболевание или синдром. К патологическим симптомам относятся в том числе, но не ограничиваясь: превышение значений онкомаркеров, выявление объемных образований, появление патологических выделений (включая кровянистые выделения), обнаружение в крови клеток-бластов, неоднократные рецидивы абсцессов внутренних органов, дебют судорожных и эпилептических синдромов, эпизоды потери сознания, выявление патологических переломов, изменение цвета и формы кожных образований, резкая (в течение 1-3 месяцев) необъяснимая потеря веса на 5-10 кг и более, пожелтение кожных покровов и слизистых.