

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Наказом ПрАТ СК «ПЗУ Україна страхування життя»
№7 від «07» лютого 2018 року
Генеральний директор

Збігнев Кшиштоф Шолига



ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ № 01-2 (НОВА РЕДАКЦІЯ)

від 07.02.2018 р. зі змінами № 1 від 04.04.2019 р.

1. ВИЗНАЧЕННЯ ОСНОВНИХ ТЕРМІНІВ І ПОНЯТЬ

У цих Правилах добровільного страхування життя № 01-2 (нова редакція) (далі – Правила) наведені нижче терміни вживаються у такому значенні:

1.1. Андеррайтер – представник Страховика, спеціаліст у сфері страхування, який має повноваження, виходячи із норм страхового законодавства та економічної доцільності, приймати на страхування запропоновані ризики, визначати тарифні ставки та конкретні умови Договору.

1.2. Ануїтет – послідовні регулярні виплати, обумовлені у Договорі, що здійснюються протягом певного періоду виплат або довічно.

1.3. Безвідкличне право на отримання страхової виплати – це право Вигодонабувача не бути заміненим Страхувальником до настання страхового випадку без згоди цього Вигодонабувача.

1.4. Вигодонабувач – юридична особа або фізична особа, призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи для одержання страхової виплати, зазначена у Договорі та погоджена Страховиком. Порядок призначення Вигодонабувачів та проведення їм страхових виплат встановлюється у розділі 9 цих Правил та/або Договорі.

1.5. Викупна сума – сума, яка підлягає виплаті Страхувальнику у разі дострокового припинення дії Договору. Викупна сума є майновим правом Страхувальника за Договором та розраховується математично на день припинення Договору залежно від періоду, протягом якого діяв Договір, згідно з методикою, яка проходить експертизу в уповноваженому органі, здійснена актуарієм і є невід'ємною частиною цих Правил.

1.6. Вік Застрахованої особи (Страхувальника) – кількість повних років життя Застрахованої особи (Страхувальника).

1.7. Гарантований період виплат – це проміжок часу від початку отримання страхових виплат (першого ануїтету) і до закінчення певного строку, який встановлюється відповідно до обраної програми страхування та Договору.

1.8. Дата в Договорі – дата, що розпочинається з 00 годин 00 хвилин за київським часом та закінчується о 23 годині 59 хвилин за київським часом, зазначена у Договорі з метою встановлення конкретного терміну, початку та/або закінчення певного строку чи періоду.

1.9. Договір страхування, Договір – письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання протягом дії Договору передбаченого у ньому страхового випадку, що не підпадає під виключення чи обмеження страхування, здійснити у визначений Договором строк страхову виплату зазначеному у Договорі Вигодонабувачу (Вигодонабувачам), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові внески у визначені строки та виконувати інші умови Договору.

1.9.1. Договір довгострокового страхування життя (довгостроковий договір) – договір добровільного страхування життя, умови якого відповідають вимогам законодавства України, які висуваються до довгострокових договорів страхування життя.

1.9.2. Накопичувальний договір добровільного страхування життя – Договір, який передбачає ризик дожиття Застрахованої особи до закінчення строку його дії чи до події, передбаченої Договором, або ризик досягнення Застрахованою особою віку, визначеного Договором.

1.9.3. Договір страхування додаткової пенсії – договір страхування, який передбачає обов'язок Страховика щодо здійснення страхової виплати (виплат) та/або виплат у вигляді ануїтету в разі досягнення Застрахованою особою пенсійного віку, умови якого відповідають вимогам законодавства України, які висуваються до договорів страхування додаткової пенсії.

1.10. Заклад охорони здоров'я – юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми, зареєстрована в установленому законом порядку в Україні або іншій державі, яка забезпечує медичне обслуговування на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних працівників.

1.11. Заняття спортом на професійному рівні – залучення з метою отримання прибутку до комерційного напрямку діяльності у спорті, пов'язаного з підготовкою та проведенням видовищних спортивних заходів на високому організаційному рівні. Застрахована особа набуває статусу професійного спортсмена з моменту набрання чинності контракту з відповідними суб'єктами сфери фізичної культури і спорту про участь у змаганнях серед спортсменів-професіоналів, що є основним джерелом його доходів.

1.12. Застрахована особа – фізична особа, про страхування якої укладено Договір, і яка згідно з Договором страхування може набувати прав та обов'язків Страхувальника.

1.13. Заява на страхування – заповнений та підписаний Страхувальником (та Застрахованою особою, якщо Страхувальник та Застрахована особа є різними особами) документ встановленої Страховиком форми про намір укласти Договір стра-

хування, який містить інформацію, необхідну для визначення умов страхування. Заява на страхування може бути підставою для укладення Договору страхування та/або може складати частину Договору страхування. Заява на страхування може містити медичну анкету.

1.14. Звільнення Страхувальника від сплати страхових внесків – додаткове страхування на випадок смерті Страхувальника з будь-якої причини або встановлення Страхувальника інвалідності, внаслідок чого припиняється зобов'язання Страхувальника вносити страхові внески відповідно до умов відповідної програми страхування та/або Договору.

1.15. Зменшена (редукована) страхова сума – зменшена страхова сума, з якою продовжує діяти Договір за основним страхуванням у випадку несплати Страхувальником чергового страхового внеску в розмірі та у строки, обумовлені Договором.

1.16. Зменшення (редукування) розміру страхової суми та (або) страхових виплат – заходи, що має право у односторонньому порядку здійснити Страховик у разі несплати Страхувальником чергового страхового внеску в розмірі та у строки, передбачені Договором, а саме, зменшення розміру страхової суми та (або) виплат за основним страхуванням, дія програм додаткового страхування при цьому припиняється. Після проведення редукування обов'язок Страхувальника зі сплати страхових внесків припиняється, Договір вважається повністю сплаченим та продовжує діяти зі зменшеною (редукованою) страховою сумою (виплатами). Редукування здійснюється у порядку, встановленому методикою розрахунку редукованої страхової суми, яка проходить експертизу в уповноваженому органі, здійснена актуарієм і є невід'ємною частиною цих Правил.

1.17. Інвестиційний дохід – дохід, отриманий від розміщення коштів математичних резервів, сформованого за договорами страхування життя. Інвестиційний дохід складається з гарантованого інвестиційного доходу та додаткового інвестиційного доходу.

Величина гарантованого інвестиційного доходу використовується Страховиком у розрахунку розміру страхового тарифу та, відповідно, розміру страхової суми та (або) страхових виплат за відповідною програмою страхування та/або Договором. Застосування у розрахунку страхового тарифу більшої (вищої) величини гарантованого інвестиційного доходу збільшує розмір розрахованої страхової суми та (або) страхових виплат. Зазначена у Договорі величина гарантованого інвестиційного доходу не є додатковим грошовим зобов'язанням Страховика понад передбачений Договором розмір страхової суми та (або) страхових виплат.

Розмір додаткового інвестиційного доходу визначається за підсумками інвестування коштів резервів за рік. Додатковий інвестиційний дохід визначається Страховиком відповідно до пункту 7.23 цих Правил, якщо інше не передбачено Договором, і законодавства України, та є додатковим страховим зобов'язанням Страховика, що збільшує розмір передбаченої Договором страхової суми та (або) страхових виплат.

1.18. Колективний договір – Договір, за яким Застрахованих осіб більше двох.

1.19. Компетентні органи – органи державної та виконавчої влади, правоохоронні органи, заклади охорони здоров'я, рятувальні, аварійні, пожежні служби, інші підприємства, установи, організації, до компетенції яких належить визначення фактів, причин, обставин та/або наслідків настання певних подій, які відповідно до цих Правил вважаються страховими випадками, а також оформлення і видача відповідних підтверджуючих документів.

1.20. Медична анкета – встановлений Страховиком список запитань загального та медичного характеру, в т.ч. щодо стану здоров'я Застрахованої особи та перенесених нею захворювань, хірургічних втручань чи нещасних випадків, професії чи роду занять, занять спортом чи небезпечних захоплень тощо, на підставі якого Страховиком приймається рішення про можливість та умови прийняття на страхування такої Застрахованої особи. Медична анкета може входити до складу Заяви на страхування.

1.21. Період виплат – проміжок часу, протягом якого здійснюються страхові виплати.

1.22. Період накопичення – проміжок часу дії накопичувального Договору з дати початку його дії до дати дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору чи події, передбаченої Договором, або до дати досягнення Застрахованою особою віку, визначеного Договором.

1.23. Період очікування – проміжок часу від дня початку або поновлення дії певної програми страхування та/або Договору, визначений такою програмою страхування та/або Договором, протягом якого випадки, що сталися із Застрахованою особою в цей період, не визнаються страховими та, відповідно, страхові виплати за такими випадками не проводяться.

Період очікування також застосовується у разі збільшення розміру страхової суми за ініціативою Страхувальника: у разі настання страхового випадку протягом передбаченого періоду очікування за програмою страхування, щодо якої Страхувальником було ініційовано збільшення розміру страхової суми (крім збільшення, запропонованого Страховиком), страхова виплата проводиться у розмірі страхової суми, встановленої у Договорі для такої програми страхування до проведення такого збільшення.

Програмою страхування та/або Договором можуть бути встановлені інші умови застосування періоду очікування.



1.24. Період очікування внеску – проміжок часу тривалістю, якщо інше не передбачено Договором, 30 (тридцять) календарних днів з дня, наступного до останнім днем оплаченого періоду, протягом якого Страховик очікує на сплату Страхувальником чергового страхового внеску у повному обсязі у випадку несвоечасної та/або неповної сплати Страхувальником такого внеску. Протягом періоду очікування внеску Договір страхування зберігає свою чинність, при цьому зобов'язання Страховика за проведення страхових виплат за випадками, що сталися протягом періоду очікування внеску, виникають виключно після сплати Страхувальником очікуваного страхового внеску у повному обсязі, з урахуванням пункту 7.36 цих Правил, та якщо інше не передбачено програмою страхування та/або Договором.

1.25. Період сплати страхових внесків – проміжок часу дії Договору, протягом якого Страхувальник зобов'язаний сплачувати страхові внески.

1.26. Програма страхування, програма – невід'ємна частина цих Правил, в якій встановлюються спеціальні умови страхування.

1.26.1. Програма основного страхування – перелік спеціальних умов страхування на випадок настання одного або декількох страхових випадків, наведених у пункті 4.2.1 цих Правил, де передбачення ризику смерті Застрахованої особи протягом всього строку дії Договору є обов'язковим, якщо інше не передбачено законодавством України, та які є основою для укладення Договору.

1.26.2. Програма додаткового страхування – перелік спеціальних умов страхування на випадок настання одного або декількох страхових випадків, наведених у пункті 4.2.2 цих Правил.

1.27. Сторони Договору страхування – Страховик та Страхувальник, між якими укладається Договір страхування.

1.28. Страхова виплата – грошова сума, яку Страховик відповідно до умов Договору зобов'язаний виплатити при настанні страхового випадку.

1.29. Страхова річниця (річниця Договору) – календарна дата, місяць та день якої збігаються з визначеною (передбаченою) Договором датою початку його дії. У разі, якщо страхова річниця припадає на 29 лютого, у невисокосні роки річницею вважається 28 лютого.

1.30. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний здійснити виплату при настанні страхового випадку. Розмір страхової суми визначається за домовленістю між Страхувальником та Страховиком під час укладення Договору або внесення змін до Договору.

1.31. Страхове покриття – строкові, територіальні та вартісні показники захисту, що надається відповідно до програми страхування та/або Договору від наслідків страхових випадків (страхового захисту), які передбачені умовами програми страхування та/або Договору, зокрема, сукупність (перелік) прийнятих у страхування ризиків, розмірів та видів страхових виплат.

1.32. Страхове свідоцтво – частина Договору страхування, що посвідчує факт його укладення.

1.33. Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася під час дії Договору та не підпадає під виключення зі страхових випадків або обмеження страхування, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату особі, визначеній в Договорі страхування.

1.34. Страховий внесок (платіж, премія) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором.

1.35. Страховий рік – рік, що починається з дати, яка збігається з датою страхової річниці, та закінчується датою, що передує наступній страховій річниці.

1.36. Страховий ризик – певна подія, на випадок якої здійснюється страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

1.37. Страховий тариф – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

1.38. Страховик – Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «ПЗУ Україна страхування життя», створене відповідно до законодавства України та має ліцензію на право провадження страхової діяльності у формі добровільного страхування життя.

1.39. Страхувальник – дієздатна фізична особа або юридична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.

1.40. Строком є певний період у часі, зі спливом якого пов'язана дія чи подія, яка має юридичне значення. Строк визначається роками, місяцями, тижнями, днями або годинами. Строк страхування – визначений у Договорі період часу, протягом якого діє страхове покриття, передбачене Договором.

1.41. Терміном є певний момент у часі, з настанням якого пов'язана дія чи подія, яка має юридичне значення. Термін визначається календарною датою або вказівкою на подію, яка має неминуче настати.

1.42. Тимчасова втрата працездатності – нездатність (неспроможність) Застрахованої особи виконувати її трудові обов'язки внаслідок короточасного розладу здоров'я, встановлена уповноваженим медичним працівником та підтверджена документально відповідно до законодавства України.

1.43. Травматичне ушкодження, травма – порушення цілісності структури та фізіологічних функцій тканин і органів Застрахованої особи під впливом зовнішніх агентів (механічних, хімічних, електричних тощо), що супроводжується місцевою та загальною реакцією організму, яке сталося в період дії відповідної програми страхування.

1.44. Уповноважений орган – спеціальний уповноважений центральний орган виконавчої влади у справах нагляду за страховою діяльністю.

1.45. Хірургічне втручання (операція або оперативне втручання) – механічний вплив на органи та тканини Застрахованої особи, що супроводжується їх роз'єднанням (розтинанням) та сполученням, який проводиться лікарем-хірургом з метою виконання лікувальних маніпуляцій у разі загрози життю та/або здоров'ю Застрахованої особи.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. Ці Правила розроблені згідно з Законом України «Про страхування», Цивільним кодексом України, Господарським кодексом України, Податковим кодексом України, Законом України «Про фінансові послуги та державне регулювання рин-

ків фінансових послуг» та іншими чинними нормативно-правовими актами України, і регулюють відносини, що виникають при укладанні, обслуговуванні, виконанні та припиненні Договорів страхування.

2.2. На підставі цих Правил Страховик укладає Договори страхування з юридичними особами і дієздатними фізичними особами (Страхувальниками).

2.3. У випадку, якщо в програмі страхування або Договорі зазначені спеціальні умови, які в тій чи іншій мірі відрізняються від умов цих Правил, пріоритетне значення мають умови, зазначені в програмі страхування або Договорі.

2.4. Страхувальник може укласти Договір про страхування життя, здоров'я, працездатності, пенсійного забезпечення третьої особи (Застрахованої особи) лише за її згодою, крім випадків, передбачених законодавством України. Застрахована особа може набувати прав та обов'язків Страхувальника за Договором відповідно до заяви Страхувальника або законодавства. Права та обов'язки Страхувальника можуть передаватись у цілому за Договором або щодо окремої Застрахованої особи за Договором.

2.5. Якщо Страхувальник уклав Договір про страхування власного життя, здоров'я, працездатності, пенсійного забезпечення, то він одночасно являється Застрахованою особою за цим Договором.

2.6. Страхувальник, за згодою Застрахованої особи, відповідно до розділу 9 цих Правил має право призначити одного або кількох Вигодонабувачів для отримання страхової виплати за певним страховим випадком, а також до настання страхового випадку замінювати Вигодонабувача та/або його частку у страховій виплаті, якщо інше не передбачено Договором.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням Застрахованої особи.

3.2. Застрахованими особами можуть бути фізичні особи віком від народження до 75 років, якщо інше не передбачено програмою страхування та/або Договором.

3.3. Страховик залишає за собою право, якщо інше не передбачено Договором, відмовити Страхувальнику в укладенні Договору у випадку, коли особа, про страхування якої укладається Договір, на дату його укладення є:

3.3.1. інвалідом I групи;

3.3.2. хворою на онкологічні захворювання;

3.3.3. хворою на тяжкі форми захворювання серцево-судинної системи, а саме:

3.3.3.1. діагностований за останній рік до укладення Договору інфаркт міокарда,

3.3.3.2. кардіоміопатії,

3.3.3.3. набуті вади серця,

3.3.3.4. хронічну серцеву недостатність III ступеню;

3.3.4. хворою на хронічну ниркову недостатність;

3.3.5. хворію на хронічну ниркову недостатність, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах із профілактики та боротьби зі СНІДом,

3.3.6. перебуває у місцях попереднього ув'язнення чи позбавлення волі.

3.4. Страховик має право встановити спеціальний перелік вимог для прийняття Застрахованої особи на страхування, в тому числі щодо віку, стану здоров'я Застрахованої особи, працевлаштування, професії і т.і., який може бути зазначений у вигляді декларації, медичної анкети тощо.

3.5. Умовами програми страхування або Договору можуть бути встановлені інші обмеження щодо предмету Договору страхування.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

4.1. Страховими ризиками є:

4.1.1. смерть Застрахованої особи, яка настала в період дії програми страхування;

4.1.2. дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії програми страхування. Під дожиттям розуміється факт дожиття Застрахованої особи до 24 години 00 хвилин дня, визначеного в Договорі як останній день дії програми страхування;

4.1.3. дожиття Застрахованої особи до певної події, передбаченої програмою страхування або Договором;

4.1.4. досягнення Застрахованою особою віку, визначеного програмою страхування;

4.1.5. нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою в період дії програми страхування. Якщо інше не передбачено Договором, під нещасним випадком розуміється раптовий, непередбачений, незалежний від волі Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) вплив ззовні на Застраховану особу небезпечного виробничого чи природного фактора (механічного, фізичного, хімічного тощо), в тому числі внаслідок протиправних дій третіх осіб, характер, час та місце якого однозначно встановлені, що супроводжувався пошкодженням тканин організму з порушенням їх цілісності та/або функцій, деформацією, порушенням опорно-рухового апарату, та призвів до розладу здоров'я, травматичного ушкодження, тимчасової або постійної втрати працездатності, інвалідності чи смерті Застрахованої особи. Нещасним випадком також вважаються гостре отруєння промисловими або побутовими хімічними речовинами чи газами, асфіксія, укуси тварин, змій, отруйних комах, опіки, ураження блискавкою або електричним струмом, обмороження. Не вважаються нещасним випадком наслідки дій усіх зазначених вище факторів, якщо їх вплив відбувався поступово, а також хвороби, в тому числі професійні, та їх наслідки;

4.1.6. нещасний випадок, спричинений дорожньо-транспортною пригодою, що стався із Застрахованою особою в період дії програми страхування. Якщо інше не передбачено Договором, під нещасним випадком, спричиненим дорожньо-транспортною пригодою, розуміється раптовий, непередбачений, незалежний від волі Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) вплив ззовні на Застраховану особу небезпечного фактора, в тому числі внаслідок протиправних дій третіх осіб, характер, час та місце якого однозначно встановлені, під час безпосередньої участі Застрахованої особи у процесі руху на дорозі як учасника дорожнього руху (водія чи пасажера наземного транспортного засобу, пішохода, велосипе-

диста тощо), що супроводжувався пошкодженням тканин організму з порушенням їх цілісності та функцій, деформацією та порушенням опорно-рухового апарату, та призвів до розладу здоров'я, травматичного ушкодження, тимчасової або постійної втрати працездатності, інвалідності чи смерті Застрахованої особи. Наземним транспортом вважається автомобільний транспорт та міський наземний електротранспорт;

4.1.7. нещасний випадок на транспорті, що стався із Застрахованою особою в період дії програми страхування. Якщо інше не передбачено Договором, під нещасним випадком на транспорті розуміється раптовий, непередбачений, незалежний від волі Страховальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) вплив ззовні на Застраховану особу небезпечного фактора, в тому числі внаслідок протиправних дій третіх осіб, характер, час та місце якого однозначно встановлені, під час безпосередньої участі Застрахованої особи у процесі руху як пасажир, який належним чином оплатив проїзд у ліцензованому пасажирському транспортному засобі загального користування або користується ним на законних підставах, що супроводжувався пошкодженням тканин організму з порушенням їх цілісності та функцій, деформацією та порушенням опорно-рухового апарату, та призвів до розладу здоров'я, травматичного ушкодження, тимчасової або постійної втрати працездатності, інвалідності чи смерті Застрахованої особи. Транспортним загальним користуванням вважається автомобільний, залізничний, річковий, морський, повітряний транспорт, а також міський електротранспорт, у т.ч. метрополітен;

4.1.8. нещасний випадок на повітряному транспорті, що стався із Застрахованою особою в період дії програми страхування. Якщо інше не передбачено Договором, під нещасним випадком на повітряному транспорті розуміється раптовий, непередбачений, незалежний від волі Страховальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) вплив ззовні на Застраховану особу небезпечного фактора, в тому числі внаслідок протиправних дій третіх осіб, характер, час та місце якого однозначно встановлені, під час безпосередньої участі Застрахованої особи у процесі руху як пасажир, який має належним чином оформлений документ на проїзд у ліцензованому повітряному судні відповідно до договору повітряного перевезення, що супроводжується пошкодженням тканин організму з порушенням їх цілісності та функцій, деформацією та порушенням опорно-рухового апарату та призводить до смерті або порушення здоров'я Застрахованої особи. Пасажирими повітряного судна не вважаються члени екіпажу та додаткові спеціалісти на борту повітряного судна, працівники експлуатанта повітряного судна, уповноваженого представника відповідного національного органу регулювання та особи, які супроводжують вантаж;

4.1.9. хвороба Застрахованої особи. Під хворобою розуміється порушення нормальної життєдіяльності організму під впливом подразників внутрішнього або зовнішнього середовища, розлад здоров'я, в тому числі, вперше виявлені захворювання;

4.1.10. будь-яка причина. Під будь-якою причиною розуміється поєднання двох страхових ризиків, визначених пунктами 4.1.5 та 4.1.9 цих Правил.

4.2. Страховими випадками є:

4.2.1. За основним страхуванням страховими випадками, якщо інше не передбачено Договором, вважаються:

4.2.1.1. смерть Застрахованої особи з будь-якої причини, яка настала в період дії програми страхування;

4.2.1.2. смерть Застрахованої особи, яка настала в період дії програми страхування, в результаті нещасного випадку, що трапився в період дії програми страхування;

4.2.1.3. смерть Застрахованої особи, яка настала в період дії програми страхування, в результаті нещасного випадку, спричиненого дорожньо-транспортною пригодою, що стався із Застрахованою особою в період дії програми страхування;

4.2.1.4. смерть Застрахованої особи, яка настала в період дії програми страхування, в результаті нещасного випадку на транспорті, що стався із Застрахованою особою в період дії програми страхування;

4.2.1.5. смерть Застрахованої особи, яка настала в період дії програми страхування, в результаті нещасного випадку на повітряному транспорті, що стався із Застрахованою особою в період дії програми страхування;

4.2.1.6. дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії програми страхування;

4.2.1.7. дожиття Застрахованої особи до події, передбаченої програмою страхування або Договором;

4.2.1.8. досягнення Застрахованою особою віку, який визначено у програмі страхування, з подальшою виплатою анuitету довічно (довічна пенсія). Для програм страхування, в яких передбачений цей страховий випадок, страховим випадком також є смерть Застрахованої особи з будь-якої причини у періоді накопичення;

4.2.1.9. досягнення Застрахованою особою віку, який визначено у програмі страхування, з подальшою виплатою анuitету довічно (довічна пенсія) з гарантованим періодом виплат. Для програм страхування, в яких передбачений цей страховий випадок, страховими випадками також є:

4.2.1.9.1. смерть Застрахованої особи з будь-якої причини у періоді накопичення та

4.2.1.9.2. смерть Застрахованої особи з будь-якої причини протягом гарантованого періоду виплат;

4.2.1.10. досягнення Застрахованою особою віку, який визначено у програмі страхування, з подальшою виплатою анuitету протягом певного періоду виплат. Для програм страхування, в яких передбачений цей страховий випадок, страховим випадком також є смерть Застрахованої особи з будь-якої причини у періоді накопичення;

4.2.1.11. досягнення Застрахованою особою віку, який визначено у програмі страхування, з подальшою виплатою анuitету протягом певного періоду виплат з гарантованим періодом виплат. Для програм страхування, в яких передбачений цей страховий випадок, страховими випадками також є:

4.2.1.11.1. смерть Застрахованої особи з будь-якої причини у періоді накопичення та

4.2.1.11.2. смерть Застрахованої особи з будь-якої причини протягом гарантованого періоду виплат;

4.2.1.12. досягнення Застрахованою особою пенсійного віку, визначеного у програмі страхування або Договорі з урахуванням того, що такий пенсійний вік не може бути меншим більше ніж на 10 років від пенсійного віку, який надає право на пенсію за чинним на момент укладення Договору загальнообов'язковим державним пенсійним страхуванням (страхування додаткової пенсії).

4.2.2. За додатковим страхуванням (в разі укладення Договору за основним страхуванням (пункт 4.2.1. цих Правил), який передбачає ризик смерті Застрахованої особи протягом всього строку дії Договору, якщо інше не передбачено законодавством України або Договором) страховими випадками, якщо інше не передбачено Договором, вважаються:

4.2.2.1. наслідки нещасного випадку, які сталися в період дії програми страхування, в результаті нещасного випадку, що трапився в період дії програми страхування та/або Договору, а саме:

4.2.2.1.1. смерть Застрахованої особи;

4.2.2.1.2. встановлення Застрахованій особі інвалідності I групи;

4.2.2.1.3. встановлення Застрахованій особі інвалідності II групи;

4.2.2.1.4. встановлення Застрахованій особі інвалідності III групи;

4.2.2.1.5. встановлення інвалідності Застрахованій особі, яка не досягла 18-річного віку;

4.2.2.1.6. стійкі функціональні порушення у Застрахованої особи;

4.2.2.1.7. травматичні ушкодження та/або функціональні розлади у Застрахованої особи;

4.2.2.1.8. тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності;

4.2.2.1.9. розлад здоров'я Застрахованої особи;

4.2.2.1.10. перебування Застрахованої особи на амбулаторному лікуванні;

4.2.2.1.11. перебування Застрахованої особи на цілодобовому стаціонарному лікуванні;

4.2.2.1.12. проведено Застрахованій особі хірургічне втручання;

4.2.2.2. наслідки нещасного випадку, спричиненого дорожньо-транспортною пригодою, які сталися в період дії програми страхування, в результаті нещасного випадку, спричиненого дорожньо-транспортною пригодою, що стався із Застрахованою особою в період дії програми страхування, а саме:

4.2.2.2.1. смерть Застрахованої особи;

4.2.2.2.2. встановлення Застрахованій особі інвалідності I групи;

4.2.2.2.3. встановлення Застрахованій особі інвалідності II групи;

4.2.2.2.4. встановлення Застрахованій особі інвалідності III групи;

4.2.2.2.5. встановлення інвалідності Застрахованій особі, яка не досягла 18-річного віку;

4.2.2.2.6. стійкі функціональні порушення у Застрахованої особи;

4.2.2.2.7. травматичні ушкодження та/або функціональні розлади у Застрахованої особи;

4.2.2.2.8. розлад здоров'я Застрахованої особи;

4.2.2.2.9. перебування Застрахованої особи на цілодобовому стаціонарному лікуванні;

4.2.2.2.10. проведено Застрахованій особі хірургічне втручання;

4.2.2.3. наслідки нещасного випадку на транспорті, які сталися в період дії програми страхування, в результаті нещасного випадку на транспорті, що стався із Застрахованою особою в період дії програми страхування, а саме:

4.2.2.3.1. смерть Застрахованої особи;

4.2.2.3.2. встановлення Застрахованій особі інвалідності I групи;

4.2.2.3.3. встановлення Застрахованій особі інвалідності II групи;

4.2.2.3.4. встановлення Застрахованій особі інвалідності III групи;

4.2.2.3.5. встановлення інвалідності Застрахованій особі, яка не досягла 18-річного віку;

4.2.2.3.6. стійкі функціональні порушення у Застрахованої особи;

4.2.2.3.7. травматичні ушкодження та/або функціональні розлади у Застрахованої особи;

4.2.2.3.8. розлад здоров'я Застрахованої особи;

4.2.2.3.9. перебування Застрахованої особи на цілодобовому стаціонарному лікуванні;

4.2.2.3.10. проведено Застрахованій особі хірургічне втручання;

4.2.2.4. наслідки нещасного випадку на повітряному транспорті, які сталися в період дії програми страхування, в результаті нещасного випадку на повітряному транспорті, що стався із Застрахованою особою в період дії програми страхування, а саме:

4.2.2.4.1. смерть Застрахованої особи;

4.2.2.4.2. встановлення Застрахованій особі інвалідності I групи;

4.2.2.4.3. встановлення Застрахованій особі інвалідності II групи;

4.2.2.4.4. встановлення Застрахованій особі інвалідності III групи;

4.2.2.4.5. встановлення інвалідності Застрахованій особі, яка не досягла 18-річного віку;

4.2.2.4.6. стійкі функціональні порушення у Застрахованої особи;

4.2.2.4.7. травматичні ушкодження та/або функціональні розлади у Застрахованої особи;

4.2.2.4.8. розлад здоров'я Застрахованої особи;

4.2.2.5. наслідки нещасного випадку та/або хвороби, що сталися в період дії програми страхування, а саме:

4.2.2.5.1. встановлення Застрахованій особі інвалідності I групи з будь-якої причини;

4.2.2.5.2. встановлення Застрахованій особі інвалідності II групи з будь-якої причини;

4.2.2.5.3. встановлення Застрахованій особі інвалідності III групи з будь-якої причини;

4.2.2.5.4. встановлення інвалідності з будь-якої причини Застрахованій особі, яка не досягла 18-річного віку;



4.2.2.5.5. встановлення Страхувальнику інвалідності I групи з будь-якої причини, наслідком чого є звільнення Страхувальника від сплати страхових внесків за основним страхуванням;

4.2.2.5.6. встановлення Страхувальнику інвалідності I або II групи з будь-якої причини, наслідком чого є звільнення Страхувальника від сплати страхових внесків за основним страхуванням;

4.2.2.5.7. смерть Страхувальника з будь-якої причини, наслідком чого є звільнення Страхувальника від сплати страхових внесків за основним страхуванням;

4.2.2.5.8. тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності з будь-якої причини;

4.2.2.5.9. розлад здоров'я Застрахованої особи з будь-якої причини;

4.2.2.5.10. перебування Застрахованої особи на амбулаторному лікуванні з будь-якої причини;

4.2.2.5.11. перебування Застрахованої особи на цілодобовому стаціонарному лікуванні з будь-якої причини;

4.2.2.5.12. проведено Застрахованій особі хірургічне втручання з будь-якої причини;

4.2.2.6. критичне захворювання. Якщо інше не зазначено в Договорі, під критичним захворюванням розуміється вперше виявлене у Застрахованої особи в період дії програми страхування захворювання та/або стан, а також проведення Застрахованій особі оперативних втручань з приводу первинно діагностованого в період дії програми страхування захворювання, перелік та визначення яких наведені нижче:

4.2.2.6.1. критичне захворювання Застрахованої особи, а саме:

4.2.2.6.1.1. рак;

4.2.2.6.1.2. інфаркт міокарда;

4.2.2.6.1.3. інсульт;

4.2.2.6.1.4. хірургічна операція на відкритому серці (аортокоронарне шунтування);

4.2.2.6.1.5. трансплантація життєво важливих органів;

4.2.2.6.1.6. ниркова недостатність в термінальній стадії;

4.2.2.6.1.7. параліч;

4.2.2.6.1.8. хірургічна операція на клапанах серця;

4.2.2.6.1.9. розсіяний склероз;

4.2.2.6.1.10. сліпота (втрата зору);

4.2.2.6.1.11. тяжкі опіки;

4.2.2.6.1.12. хірургічна операція на аорті;

4.2.2.6.1.13. тяжкий бактеріальний менінгіт;

4.2.2.6.1.14. кома;

4.2.2.6.1.15. тяжкий енцефаліт;

4.2.2.6.1.16. втрата слуху;

4.2.2.6.1.17. втрата мови;

4.2.2.6.1.18. захворювання рухових нейронів;

4.2.2.6.1.19. хвороба Паркінсона;

4.2.2.6.1.20. поліомієліт;

4.2.2.6.1.21. доброякісна пухлина головного мозку;

4.2.2.6.1.22. виражена деменція (включаючи хворобу Альцгеймера);

4.2.2.6.1.23. інфікування ВІЛ при переливанні крові;

4.2.2.6.1.24. втрата кінцівок або їх функцій;

4.2.2.6.1.25. тяжка травма голови;

4.2.2.6.1.26. інфікування ВІЛ внаслідок виконання професійної діяльності;

4.2.2.6.1.27. виражена апластична анемія;

4.2.2.6.1.28. термінальна стадія захворювання легень;

4.2.2.6.1.29. блискавичний вірусний гепатит;

4.2.2.6.1.30. системний червоний вовчак з люпус-нефритом;

4.2.2.6.1.31. печінкова недостатність в термінальній стадії;

4.2.2.6.1.32. ревматоїдний артрит;

4.2.2.6.1.33. прогресуюча системна склеродермія;

4.2.2.6.1.34. тяжкий гранулематоз;

4.2.2.6.1.35. м'язова дистрофія;

4.2.2.6.1.36. апалічний синдром;

4.2.2.6.1.37. коронарна атеректомія;

4.2.2.6.1.38. ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт;

4.2.2.6.1.39. первинна легенева артеріальна гіпертензія;

4.2.2.6.2. критичне захворювання Застрахованої особи, яка не досягла 18-річного віку, а саме:

4.2.2.6.2.1. рак;

4.2.2.6.2.2. тяжкий бактеріальний менінгіт;

4.2.2.6.2.3. тяжкий енцефаліт;

4.2.2.6.2.4. ниркова недостатність в термінальній стадії;

4.2.2.6.2.5. трансплантація життєво важливих органів;

4.2.2.6.2.6. доброякісна пухлина головного мозку;

4.2.2.6.2.7. діабет 1 типу;

4.2.2.6.2.8. ювенільний ревматоїдний артрит;

4.2.2.6.2.9. виражена апластична анемія;

4.2.2.6.2.10. кома;

4.2.2.6.2.11. втрата кінцівок або їх функцій;

4.2.2.6.2.12. сліпота (втрата зору);

4.2.2.6.2.13. втрата слуху;

4.2.2.6.3. критичне захворювання Застрахованої особи-жінки.

4.2.2.6.4. Випадок, зазначений у пунктах 4.2.2.6.1 – 4.2.2.6.3 цих Правил, визнається страховим, якщо відповідний діагноз був вперше встановлений в період дії програми страхування або Застрахованій особі було проведено оперативне втручання з приводу первинно діагностованого у період дії програми страхування захворювання, що підтверджується документами закладів охорони здоров'я та інших компетентних органів, за умови, що Застрахована особа залишається живою після спливу визначеного програмою страхування та/або Договором періоду ви-

живання, що підтверджується документально, та у разі, якщо критичне захворювання сталося після закінчення визначеного програмою страхування та/або Договором періоду очікування, якщо такі періоди передбачені програмою страхування та/або Договором.

4.3. Конкретний перелік страхових випадків (один або декілька), спеціальні умови страхування визначаються за домовленістю між Страховиком та Страхувальником та наводяться у Договорі.

4.4. Програма страхування та/або Договір можуть передбачати окремі обмеження щодо дії страхового покриття протягом певного часу (період очікування, період виживання та ін.), на визначеній території, під час проведення певних заходів, протягом перебування у визначеному місці, у разі настання певних обставин, з визначених причин тощо.

4.5. Страховик має право встановлювати додаткові обмеження та/або доповнення щодо дії чи поширення страхового покриття, умов страхування, в тому числі, щодо віку, стану здоров'я, професійної діяльності Застрахованої особи, настання певних обставин тощо.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. Не вважається страховим випадком, якщо інше не передбачено Договором, смерть Застрахованої особи з будь-якої причини, яка настала внаслідок чи у разі:

5.1.1. самогубства або спроб Застрахованої особи здійснити самогубство в перші три роки дії Договору та/або в перші три роки дії Договору після проведення збільшення розміру страхової суми, крім збільшення, запропонованого Страховиком, за виключенням випадків доведення Застрахованої особи до самогубства протиправними діями третіх осіб. Після закінчення перших трьох років дії Договору та/або після закінчення перших трьох років дії Договору після проведення збільшення розміру страхової суми, крім збільшення, запропонованого Страховиком, страхова виплата за таким випадком проводиться у розмірі страхової суми, яка була визначена при укладенні Договору або після проведення такого збільшення. У разі настання страхового випадку протягом перших трьох років дії Договору після проведення збільшення розміру страхової суми, крім збільшення, запропонованого Страховиком, страхова виплата проводиться у розмірі страхової суми, встановленої в Договорі до проведення такого збільшення;

5.1.2. участі Застрахованої особи у війнах, воєнних чи збройних конфліктах, воєнних чи бойових діях, в тому числі під час проходження військової служби, та інших діях, які можна кваліфікувати як воєнні (незалежно від того, оголошена війна чи ні); революціях, заколотах, повстаннях, громадських заворушеннях, масових безпорядках, опорах правоохоронним органам, страйках, військовою перевороті чи захопленні державної влади, терористичних актах;

5.1.3. надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру, що призвели до катастрофічних наслідків та визнані надзвичайними ситуаціями державного рівня відповідно до законодавства України;

5.1.4. умисних дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір (Застрахованої особи, Вигодонабувача), спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація зазначених дій встановлюється відповідно до законодавства України;

5.1.5. вчинення Страхувальником-фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір (Застрахованою особою, Вигодонабувачем), умисного злочину чи протизаконних дій, що призвели до страхового випадку.

5.2. Не вважаються страховими випадки, якщо інше не передбачено Договором, за основним страхуванням, передбаченим пунктами 4.2.1.2 – 4.2.1.5 цих Правил, та додатковим страхуванням, передбаченим пунктом 4.2.2 цих Правил, які стали наслідками дій, визначених у пунктах 5.1.2 – 5.1.5 цих Правил, а також:

5.2.1. випадки, зазначені у пунктах 4.2.1.2 та 4.2.2.1 цих Правил, що сталися із Застрахованою особою в результаті настання нещасного випадку. Нещасним випадком не вважається (та страхова виплата не здійснюється) випадок, який відповідає визначенню, наведеному у пункті 4.1.5 цих Правил, у разі:

5.2.1.1. перебування Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння, алкогольного отруєння;

5.2.1.2. різного роду психічних захворювань, розладів нервової системи, психічних відхилень, розладів поведінки, неврозів і залежностей, епілепсії, епілептичних нападів, паралічів та інших судом незалежно від причин, які їх викликали;

5.2.1.3. самогубства або спроби здійснити самогубство;

5.2.1.4. керування Застрахованою особою транспортним засобом без передбаченого відповідним законодавством права на керування та/або в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або передачі керування транспортним засобом іншій особі, яка знаходилась в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння та/або не мала прав на керування транспортним засобом, крім випадків документально підтвердженого використання послуг водія (драйвера) служб таксі;

5.2.1.5. перебування Застрахованої особи у місцях позбавлення волі або попереднього ув'язнення, під час арешту;

5.2.1.6. польотів Застрахованої особи на будь-яких літальних апаратах та/або виконання робіт з використанням літальних апаратів, а також якщо Застрахована особа є пілотом або членом екіпажу, за винятком випадків, коли Застрахована особа здійснює переліт відповідно до договору повітряного перевезення як пасажир в цивільному повітряному судні, власник (авіаперевізник) якого має ліцензію на пасажирський перевезення;

5.2.1.7. прямого або опосередкованого впливу атомної енергії або радіації;

5.2.1.8. порушення здоров'я Застрахованої особи внаслідок застосування терапевтичних та/або хірургічних методів лікування, які Застрахована особа використовує без призначення лікаря (самолікування);

5.2.1.9. необрунтованої відмови від звернення за медичною допомогою чи від її надання, невиконання Застрахованою особою рекомендацій кваліфікованого лі-

каря, який має відповідну медичну освіту та ліцензію на провадження медичної практики, що призвело до настання страхового випадку та/або погіршення стану здоров'я Застрахованої особи;

5.2.1.10. умисного нанесення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень та/або шкоди власному здоров'ю, у тому числі викликане психічними розладами; умисного спричинення погіршення наслідків нещасного випадку чи розвитку хвороб;

5.2.1.11. занять спортом на професійному рівні, в тому числі під час тренувань, участі у офіційних змаганнях; небезпечною хобі Застрахованої особи (такого як мисливство, бейсджампінг, паркур, зачепінг, стрибки з висоти, досліди з хімічними речовинами і т.і.), що несе загрозу її життю та/або здоров'ю;

5.2.1.12. занять небезпечними видами спорту (з використанням повітряних, водних чи сухопутних засобів пересування з мотором чи без (дельта- або парашутизм, парашутизм, пірнання з аквалангом, рафтинг, авто- та мотоспорт тощо), скачки, скелелазіння, гірськолижний спорт, бойові єдиноборства і т.п.) на систематичній основі. Зазначене виключення не поширюється на випадки аматорських занять Застрахованою особою спортом, участі у спортивних розвагах на разовій (несистематичній) основі під час відпустки, канікул або у вихідні дні, які не можна віднести до професійного спорту або систематичних тренувань;

5.2.1.13. порушення Застрахованою особою правил безпеки під час виконання робіт (в т.ч. з підвищеною небезпечністю) та/або правил, що стосуються безпечного використання (експлуатації) промислової продукції (приладів, механізмів, обладнання тощо);

5.2.2. випадки, зазначені у пунктах 4.2.1.3 та 4.2.2.2 цих Правил, що сталися із Застрахованою особою в результаті настання нещасного випадку, спричиненого дорожньо-транспортною пригодою. Нещасним випадком, спричиненим дорожньо-транспортною пригодою, не вважається (та страхова виплата не здійснюється) випадок, який відповідає визначенню, наведеному у пункті 4.1.6 цих Правил, який став наслідком дій, визначених у пунктах 5.1.2 – 5.1.5, 5.2.1.1 – 5.2.1.4 цих Правил, а також випадок, що стався із Застрахованою особою у разі порушення Застрахованою особою правил дорожнього руху, а саме:

5.2.2.1. перевищення встановлених обмежень швидкості руху більш як на 50 км/год;

5.2.2.2. проїзд на заборонний сигнал світлофора або жест регулювальника;

5.2.2.3. виїзд на смугу зустрічного руху з порушенням правил обгону;

5.2.2.4. в'їзд на залізничний переїзд при закритому шлагбаумі та/або на заборонний сигнал світлофора та/або на заборонний жест регулювальника чи чергового по переїзду;

5.2.2.5. керування транспортним засобом, що має несправності системи гальмового або рульового керування, тягово-зчіпного пристрою, зовнішніх світлових приладів (темної пори доби) чи інші технічні несправності, з якими відповідно до встановлених правил експлуатація його забороняється;

5.2.2.6. перехід проїзної частини у нествореному місці або на заборонний сигнал світлофора чи жест регулювальника;

5.2.3. випадки, зазначені у пунктах 4.2.1.4 та 4.2.2.3 цих Правил, що сталися із Застрахованою особою в результаті настання нещасного випадку на транспорті. Нещасним випадком на транспорті не вважається (та страхова виплата не здійснюється) випадок, який відповідає визначенню, наведеному у пункті 4.1.7 цих Правил, який став наслідком дій, визначених у пунктах 5.1.2 – 5.1.5, 5.2.1 цих Правил;

5.2.4. випадки, зазначені у пунктах 4.2.1.5 та 4.2.2.4 цих Правил, що сталися із Застрахованою особою в результаті настання нещасного випадку на повітряному транспорті. Нещасним випадком на повітряному транспорті не вважається (та страхова виплата не здійснюється) випадок, який відповідає визначенню, наведеному у пункті 4.1.8 цих Правил, який став наслідком дій, визначених у пунктах 5.1.2 – 5.1.5, 5.2.1 цих Правил;

5.2.5. випадки, зазначені у пункті 4.2.2.5 (наслідки нещасного випадку та/або хвороби) та пункті 4.2.2.6 (критичне захворювання) цих Правил, які сталися в результаті подій, визначених у пунктах 5.1.2 – 5.1.5, 5.2.1 цих Правил, а також які трапились з наступних причин чи в результаті:

5.2.5.1. погіршення стану здоров'я та/або отруєння Застрахованої особи, викликаних вживанням алкоголю, наркотиків, одурманюючих засобів, психотропних речовин, або їх замінників, фармакологічних засобів, незалежно від дози, а також наслідків чи хвороб, викликаних зловживанням вищезазначеними речовинами;

5.2.5.2. діагностування або наявності у Застрахованої особи захворювання на СНІД або ВІЛ-інфекцію, інших подібних станів чи синдромів;

5.2.5.3. вроджених вад або порушень розвитку, а також пов'язаних з ними захворювань;

5.2.5.4. будь-яких захворювань, їх наслідків та/або станів, які були діагностовано у Застрахованої особи або з приводу яких вона отримувала медичні консультації протягом останніх 3 (трьох) років до дати початку або поновлення дії відповідної програми страхування. Зазначене виключення діє протягом перших 24 місяців з початку або поновлення дії такої програми страхування;

5.2.6. випадки, зазначені у пунктах 4.2.2.1.10 – 4.2.2.1.12, 4.2.2.2.9 – 4.2.2.2.10, 4.2.2.3.9 – 4.2.2.3.10, 4.2.2.5.10 – 4.2.2.5.12 (перебування на амбулаторному чи цілодобовому стаціонарному лікуванні та проведене хірургічне втручання) цих Правил, які сталися в результаті подій, визначених у пунктах 5.1.2 – 5.1.5, 5.2.1, 5.2.5 цих Правил, а також які трапились з наступних причин та/або здійснювались внаслідок чи у разі:

5.2.6.1. вагітності та пологів і пов'язаних з ними ускладнень, в тому числі протягом післяпологового періоду, переривання вагітності в будь-якому терміні, викидня (крім викидня у результаті нещасного випадку), за виключенням випадків, які представляють загрозу життю жінки;

5.2.6.2. стерилізації, контрацепції, обстеження та/або лікування репродуктивної функції, лікування імпотенції;

5.2.6.3. косметичних або пластичних операцій, зокрема, операцій по зміні статі, за виключенням операцій, необхідних для усунення наслідків нещасних випадків, що сталися в період дії програми страхування;

5.2.6.4. планових медичних оглядів, додаткових медичних обстежень з метою виявлення професійного захворювання, діагностичних оглядів (для постановки діагнозу), не пов'язаних із захворюванням, обстежень донорів органів та реципієнтів;

5.2.6.5. стоматологічного лікування і процедур, якщо це не пов'язано з травмами, отриманими в результаті нещасного випадку, що стався в період дії програми страхування;

5.2.6.6. корекції зору, ожиріння, зниження ваги, корекції ваги, булімії, анорексії;

5.2.6.7. проходження Застрахованою особою будь-якого експериментального лікування чи дослідних процедур;

5.2.6.8. лікування госпітальної інфекції;

5.2.6.9. захворювань або обстежень, які безпосередньо або опосередковано пов'язані з раніше встановленою Застрахованою особою інвалідністю;

5.2.7. випадок, зазначений у пунктах 4.2.2.1.11, 4.2.2.2.9, 4.2.2.3.9 та 4.2.2.5.11 (перебування на цілодобовому стаціонарному лікуванні) цих Правил, який стався в результаті подій, визначених у пунктах 5.1.2 – 5.1.5, 5.2.1, 5.2.5, 5.2.6 цих Правил, а також який трапився з наступних причин та/або здійснювався внаслідок чи у разі:

5.2.7.1. надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру: стихійного лиха, катастроф, аварій, масових отруєнь, епідемій, епізоотій, радіаційного, бактеріологічного і хімічного забруднення тощо;

5.2.7.2. направлення Застрахованої особи на примусовий медичний огляд, госпіталізацію (в т.ч. примусову), перебування на цілодобовому стаціонарному лікуванні у однопрофільних, особливого типу, спеціалізованих закладах охорони здоров'я внаслідок соціально небезпечних захворювань (туберкульоз, психічні, венеричні захворювання, СНІД, лепра, хронічний алкоголізм, наркоманія), а також карантинних захворювань;

5.2.7.3. лікування у денному стаціонарі;

5.2.7.4. перебування у санаторно-курортних закладах охорони здоров'я;

5.2.8. випадок, зазначений у пунктах 4.2.2.1.12, 4.2.2.2.10, 4.2.2.3.10 та 4.2.2.5.12 (проведене хірургічне втручання) цих Правил, який стався в результаті подій, визначених у пунктах 5.1.2 – 5.1.5, 5.2.1, 5.2.5, 5.2.6 цих Правил, а також який трапився з наступних причин та/або здійснювався внаслідок чи у разі:

5.2.8.1. будь-яких патологічних переломів, що спричинені захворюваннями кісткової тканини;

5.2.8.2. лікування, в тому числі видалення, аденонів, поліпів або мигдаликів протягом перших 180 (ста вісімдесяти) днів після дати початку або поновлення дії програми страхування;

5.2.8.3. втручання за бажанням Застрахованої особи, яке визнано не обов'язковим (без медичних показань);

5.2.8.4. видалення сторонніх предметів, що залишилися від хірургічних втручань, проведених Застрахованою особою до початку дії програми страхування;

5.2.8.5. лікування в закладі охорони здоров'я, який не має статусу юридичної особи та/або визначених законодавством документів на право провадження медичної практики, або особами, які не мають відповідної медичної кваліфікації та/або категорії; лікування у фахівців, які практикують нетрадиційні (альтернативні) методи лікування.

5.3. Виключення із страхових випадків та/або обмеження страхування, зазначені у пунктах 5.1 та 5.2 цих Правил, не застосовуються у разі, якщо про вказані в них ризики чи умови Страхувальник повідомив Страховика під час укладення та/або поновлення та/або зміни умов програми страхування та/або Договору, та/або якщо такі ризики чи умови були враховані Страховиком під час оцінки ризику та розрахунку розміру відповідного страхового внеску.

5.4. Програмою страхування та/або Договором можуть бути встановлені інші виключення із страхових випадків та/або обмеження страхування.

5.5. При застосуванні положень пунктів 5.1 та 5.2 цих Правил має бути встановлено причинно-наслідковий зв'язок між зазначеними у цих пунктах причинами чи обставинами та випадком, що стався.

6. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Договір може бути укладений як шляхом складання одного документа (Договору), підписаного Сторонами, так і шляхом обміну листами, документами, підписаними Стороною, яка їх надсилає. Для укладання Договору Страхувальник може подати Страховику письмово Заяву на страхування за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявити про свій намір укласти Договір, в тому числі в усній формі.

6.2. Порядок укладання Договору страхування з фізичними особами обміну листами, документами, підписаними Стороною, яка їх надсилає.

6.2.1. У разі укладення Договору шляхом обміну листами, документами, підписаними стороною, яка їх надсилає, підставою для укладення Договору є отримання Страховиком від Страхувальника письмової Заяви на страхування встановленої Страховиком форми та додаткових документів, в тому числі, необхідних для проведення оцінки ризику, якщо такі вимагалися Страховиком.

6.2.2. Перед складанням Заяви на страхування Страхувальник зобов'язаний ознайомитися з Правилами, відповідно до яких укладається Договір.

6.2.3. Заява на страхування оформлюється та підписується Страхувальником не менш ніж у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу, по одному примірнику для кожної із Сторін.

6.2.4. В Заяві на страхування Страхувальник та/або Застрахована особа та/або особа, на яку покладено обов'язки щодо охорони законних прав і інтересів Застрахованої особи, зобов'язаний надати Страховику повні та правдиві відомості щодо усієї запитуваної Страховиком інформації, зокрема тієї, що має істотне значення для оцінки ризику та укладення Договору, а саме, щодо стану здоров'я Застрахованої особи, перенесених нею захворювань, хірургічних втручань чи нещасних випадків, професії чи роду занять, занять спортом чи небезпечних захоплень і т.і.

6.2.5. Заява на страхування може бути повернута Страхувальнику для уточнення інформації, дозоповнення, або в окремих випадках може не прийматися Страховиком до розгляду, якщо вона містить незаповнені (частково заповнені) реквізити, помилки або невідповідності.



6.2.6. З метою проведення оцінки ризику та/або у разі наявності підвищеного ризику, підставами для чого можуть бути наявні або перенесені Застрахованою особою захворювання, небезпечні хобі або професія, наявність шкідливих звичок, фінансовий стан та ін., Страховик має право вимагати проведення медичного огляду (обстеження) Застрахованої особи (чи Страхувальника) у зазначеному Страховиком (асистуючою компанією) місці, у певному закладі охорони здоров'я чи у конкретного лікаря. Страховик також має право вимагати від Страхувальника надання додаткових документів чи інформації стосовно стану здоров'я Застрахованої особи, фінансового стану тощо. Страховик має право надсилати запити до закладів охорони здоров'я та інших компетентних органів з метою отримання додаткової інформації для проведення оцінки ризику.

6.2.7. Страхувальник та/або Застрахована особа повинні якнайшвидше, але не пізніше ніж протягом 60 (шістдесяті) календарних днів з дати підписання Страхувальником Заяви на страхування, надати Страховику уточнену інформацію, що міститься в Заяві на страхування, чи належним чином дозаповнити усі її реквізити, та/або надати додаткові документи, що вимагає Страховик, та/або пройти медичний огляд у визначеному Страховиком (асистуючою компанією) місці, у повному обсязі та у відповідний строк, що проводиться за рахунок Страховика. Невиконання Страхувальником та/або Застрахованою особою зазначених умов протягом встановленого Страховиком строку вважається відмовою Страхувальника від укладення Договору.

Якщо Застрахована особа (Страхувальник) відмовилась від надання додаткових документів чи проходження медичного огляду, або впродовж зазначеного Страховиком строку не пройшла медичний огляд та/або Страховику не були надані додаткові документи, які він вимагав для оцінки ризику, Страховик має право відмовитись від укладання Договору.

Якщо Страхувальник відмовився від укладення Договору страхування після проходження Застрахованою особою медичного огляду за рахунок Страховика, Страхувальник зобов'язаний оплатити усі витрати, понесені в зв'язку з організацією та проведенням такого огляду, за власний рахунок.

6.2.8. Відповідальність за повноту та достовірність інформації, що надається в Заяві на страхування та/або інших необхідних для укладання Договору документах, а також за своєчасність надання додаткових документів чи додаткової інформації та/або проходження Застрахованою особою медичного огляду, що вимагає Страховик для оцінки ризику, покладається на Страхувальника.

6.2.9. У разі надання Страхувальником та/або Застрахованою особою та/або особою, на яку покладено обов'язки щодо охорони законних прав і інтересів Застрахованої особи, неповної чи неправдивої інформації та/або приховування відомостей, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, в Заяві на страхування та/або додаткових документах, які вимагає Страховик для оцінки ризику, Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати чи провести страхову виплату у розмірі, визначеному Страховиком з урахуванням відомостей, що не були йому відомі під час встановлення (зміни) умов страхування, та/або достроково припинити дію програми страхування та/або Договору чи внести зміни до умов страхування.

6.2.10. Оцінка ризику здійснюється Страховиком протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання усіх необхідних для укладання Договору документів, в тому числі з дня отримання Страховиком результатів медичного огляду Застрахованої особи та/або усіх додаткових документів або інформації, яка вимагалась Страховиком для оцінки ризику, якщо інше не передбачено Договором.

6.2.11. У разі прийняття рішення про укладення Договору на умовах, зазначених у Заяві на страхування, Страхувальнику надсилається копія Заяви на страхування з відміткою Страховика або його уповноваженого представника про прийняття запропонованих умов страхування, копія цих Правил та Страхового свідчення, яке не містить розбіжностей з поданою Заявою на страхування. Копія Правил вважається надісланою Страхувальнику також у разі, якщо у Договорі міститься посилання на офіційний сайт Страховика, де розміщені ці Правила.

6.2.12. Дата набрання чинності Договором визначається у Договорі.

6.2.13. Страховик має право відмовитись від укладення Договору, в тому числі на підставі результатів андеррайтингу (проведення оцінки ризику).

6.2.14. Страхувальник має право відмовитись від Договору шляхом повідомлення Страховика у письмовій формі протягом визначеного Договором строку. Страховик зобов'язаний протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дня отримання від Страхувальника письмового повідомлення про відмову від Договору повернути Страхувальнику сплачений ним страховий внесок у повному обсязі, якщо інше не передбачено Договором. Будь-які випадки, що мають ознаки страхових, не будуть вважатися не укладеним, раз'які випадки, що мають ознаки страхових, не будуть вважатися страховими, та жодних зобов'язань щодо виконання умов цього Договору Сторони не матимуть.

6.2.15. За згодою Сторін Договір може бути продовжений на умовах та на строк, визначений Договором.

6.3. Договір з фізичною особою також може бути укладений шляхом складання одного документа (Договору страхування), підписаним Сторонами. В цьому разі Страхувальник або Страховик мають право надати підписаний документ (заяву, лист тощо), який виражає намір укласти Договір, або іншим чином заявити про намір укласти Договір, в тому числі в усній формі, якщо інше не передбачено Договором.

6.4. Порядок укладання Договору страхування з юридичними особами.

6.4.1. Договір зі Страхувальником-юридичною особою укладається за домовленістю Сторін, в тому числі на підставі заяви Страхувальника, що виражає намір укласти Договір.

6.4.2. Для укладення Договору Страхувальник повинен надати Страховику:

6.4.2.1. документи та/або інформацію для ідентифікації Страхувальника-юридичної особи чи фізичної особи-підприємця, в яких в тому числі вказані:

6.4.2.1.1. найменування,

6.4.2.1.2. адреса місцезнаходження,

6.4.2.1.3. дата та номер реєстрації у Єдиному державному реєстрі юридичних

осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань;

6.4.2.1.4. ідентифікаційний код згідно з Єдиним державним реєстром підприємств і організацій України

6.4.2.1.5. повноваження особи, яка має право підпису Договору;

6.4.2.1.6. документи, що вимагаються законодавством України для окремих категорій юридичних осіб чи фізичних осіб-підприємців;

6.4.2.1.7. документи, які вимагає Страховик для оцінки ризику (про фінансовий стан, кількісний та якісний склад працівників, вид економічної діяльності тощо);

6.4.2.2. наступну обов'язкову інформацію: прізвище, ім'я, по батькові, ідентифікаційний (реєстраційний) номер фізичної особи-платника податків, стать, адресу, дату народження кожної Застрахованої особи, про страхування якої укладається Договір;

6.4.2.3. та додаткову інформацію щодо кожної Застрахованої особи (професію, посаду, функціональні обов'язки та ін.), якщо таку додаткову інформацію вимагає Страховик.

На підставі одержаної інформації Страховик робить розрахунки розміру страхової суми та страхового внеску для кожної Застрахованої особи. Про свій намір укласти Договір Страхувальник-юридична особа може заявити іншим чином, в тому числі в усній формі.

6.4.3. Кожна Застрахована особа дає згоду на страхування та письмову згоду на призначення Вигодонабувачів, якщо такі призначені Страхувальником.

6.4.4. Дата набрання чинності Договором визначається у Договорі.

6.4.5. Договір укладається щонайменше в двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться у кожній зі Сторін.

6.4.6. В окремих випадках Страховик може вимагати проходження Застрахованими особами медичного огляду та/або надання Страхувальником та/або Застрахованими особами додаткових документів, що характеризують ступінь ризику щодо цих осіб та/або має право вимагати інформацію від закладів охорони здоров'я про стан здоров'я Застрахованих осіб та інші документи, необхідні для оцінки ступеню страхового ризику за Договором.

6.4.7. У разі укладення Договору, щодо якого законодавством України висуваються додаткові вимоги або умови, у такому Договорі передбачаються відповідні умови, передбачені таким законодавством.

6.4.8. Договір з юридичною особою також може бути укладений шляхом обміну листами, документами, підписаними Стороною, яка їх надсилає. У разі надання Страхувальником письмової заяви за формою, встановленою Страховиком, що виражає намір укласти Договір, такий Договір може бути укладений шляхом надіслання Страхувальнику копії Правил страхування та видачі Страхового свідчення, яке не містить розбіжностей з поданою Заявою. Копія Правил вважається надісланою Страхувальнику також у разі, якщо у Договорі міститься посилання на офіційний сайт Страховика, де розміщені ці Правила.

6.5. Укладення Договору особою та/або про страхування особи у віці до 18 років відбувається відповідно до положень Цивільного кодексу України.

6.6. Страхувальники можуть укладати Договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством.

6.7. Страховик має право укладати Договори в іншому порядку, у іншій формі та у інший спосіб, що не суперечить законодавству України, в тому числі у порядку, визначеному законодавством України, що регулює відносини в сфері електронної комерції та електронного документообігу.

7. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

7.1. Страхові тарифи є невід'ємною частиною цих Правил. Розмір страхового тарифу залежить від віку, статі Застрахованої особи, типу та строку дії Договору, а також інших факторів, які впливають на оцінку ймовірності настання страхового випадку.

7.2. Страхові тарифи обчислюються Страховиком актуарно на підставі відповідної статистики настання страхових випадків з урахуванням величини гарантованого інвестиційного доходу, яка зазначається у Договорі, та даних, викладених у Заяві на страхування чи іншому документі, що виражає намір щодо укладення Договору. В Договорі вказується розмір страхового тарифу та розмір гарантованого інвестиційного доходу, який застосовувався для розрахунку такого страхового тарифу.

7.3. Зазначена у Договорі величина гарантованого інвестиційного доходу не повинна перевищувати чотирьох відсотків річних, якщо інше не передбачено законодавством України.

7.4. Страховий тариф може встановлюватися по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, Договору у цілому.

7.5. Страховик має право застосовувати підвищуючі або понижуючі коефіцієнти до страхового тарифу в залежності від результатів оцінки страхового ризику та/або конкретних умов страхування.

7.6. Вік Застрахованої особи при визначенні розміру страхового тарифу повинен бути вказаний в цілих роках на момент заповнення Заяви на страхування чи укладення Договору, підписаного Сторонами.

7.7. Методика розрахунку нетто-тарифів, викупних та редукованих сум є невід'ємною частиною цих Правил страхування.

7.8. Розмір страхового внеску визначається, виходячи з розмірів страхової суми і страхового тарифу, розрахованого згідно з результатами оцінки ризику і умовами кожної програми страхування та/або Договору.

7.9. Страховий внесок може встановлюватися по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, Договору у цілому.

7.10. Договором може бути встановлений як фіксований розмір страхового внеску на увесь строк дії Договору, так і внесок, що поступово зменшується або збільшується протягом дії Договору.

7.11. Страхові внески можуть сплачуватися одноразово за весь строк дії Договору, один раз на рік (щорічно), два рази на рік (щопівріччя), щоквартально або що-

місячно. Договором може бути передбачена інша періодичність сплати страхових внесків.

7.12. Якщо інше не передбачено Договором, у разі сплати страхових внесків частіше, ніж один раз на рік, розмір страхового тарифу, у порівнянні з тарифом при щорічній оплаті, збільшується:

7.12.1. на 6% - при сплаті страхових внесків щомісяця та частіше;

7.12.2. на 3% - при сплаті страхових внесків щокварталу;

7.12.3. на 2% - при сплаті страхових внесків два рази на рік.

7.13. Будь-які витрати, пов'язані зі сплатою та перерахуванням Страховику страхових внесків, здійснюються за рахунок Страхувальника, якщо інше не передбачено Договором.

7.14. Кошти математичних резервів у випадку зменшення (редукування) страхової суми відповідно до Договору зараховуються як одноразовий страховий внесок за весь подальший строк дії Договору.

7.15. Розмір і періодичність сплати страхових внесків зазначаються в Договорі.

7.16. Якщо Договором не передбачено інше, кожний черговий страховий внесок повинен бути сплачений до закінчення періоду, за який оплата вже виконана. Страхові внески можуть сплачуватись наперед за один або декілька страхових періодів.

7.17. За 15 (п'ятнадцять) робочих днів до дати сплати чергового страхового внеску, якщо інше не передбачено Договором, Страховик повідомляє Страхувальника про необхідність сплати чергового страхового внеску. Якщо Страхувальник не отримав повідомлення, це не звільняє його від виконання обов'язків за Договором.

7.18. У випадку, якщо Страхувальник своєчасно не сплатив черговий внесок в розмірі та у строки, зазначені у Договорі, Страховик протягом 10 (десяти) робочих днів з дня, наступного за останнім днем оплаченого страхового періоду, надсилає Страхувальнику письмове повідомлення про сплату чергового страхового внеску, якщо інше не зазначено у Договорі.

7.19. У випадку несплати Страхувальником чергового страхового внеску протягом періоду очікування внеску, якщо інше не передбачено Договором, Страховик має право на наступний день після закінчення періоду очікування внеску, якщо це передбачено Договором, в односторонньому порядку вжити таких заходів:

7.19.1. припинити дію Договору з дня, наступного за останнім днем оплаченого періоду. Про таке припинення Страховик повідомляє Страхувальника протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів після припинення дії Договору, якщо інше не передбачено Договором;

7.19.2. за договорами довічного страхування, страхування додаткової пенсії та договорами, які містять ризик дожиття (у випадку, якщо Договір діяв більше двох років, якщо інше не передбачено Договором) – здійснити зменшення (редукування) розміру страхової суми за основним страхуванням, відповідно до суми сформованих математичних резервів, та припинити дію додаткового страхування з дня, наступного за останнім днем оплаченого періоду.

Договір зі зменшеною (редукованою) страховою сумою починає діяти з дня, наступного за останнім днем оплаченого періоду, якщо це передбачено Договором. Про розмір зменшеної (редукованої) або викупної суми Страховик повідомляє Страхувальника протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів після проведення перерахунку (зменшення) страхової суми, якщо інше не передбачено Договором.

7.19.3. за договорами страхування додаткової пенсії та договорами, які містять ризик досягнення віку, визначеного Договором, з умовою виплати анuitету (у випадку, коли Договір діяв більше двох років, якщо інше не передбачено Договором), якщо це передбачено Договором – здійснити зменшення (редукування) розміру річного анuitету, відповідно до суми сформованих математичних резервів з дня, наступного за останнім днем оплаченого періоду.

Договір зі зменшеним (редукованим) розміром річного анuitету починає діяти з дня, наступного за останнім днем оплаченого періоду, якщо це передбачено Договором.

Про розмір зменшеного (редукованого) анuitету або викупної суми Страховик повідомляє Страхувальника протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів після проведення перерахунку (зменшення) річного анuitету, якщо інше не передбачено Договором.

7.20. За згодою Сторін розмір страхової суми може змінюватись з одночасною зміною розміру страхових внесків. В разі зменшення (редукування) розміру страхової суми та (або) страхових виплат, за згодою сторін Договору, розмір страхової суми та (або) страхових виплат може бути повністю або частково відновлений до такого, що діяв на момент зменшення (редукування), якщо це передбачене Договором. При цьому Страхувальник поновлює сплату страхових внесків за Договором та/або здійснює сплату одноразового страхового внеску. Розміри страхових внесків розраховуються актуарно. Для здійснення такого відновлення Страхувальник обов'язково має надати заяву за формою, встановлену Страховиком, при цьому Страховик також залишає за собою право вимагати проведення медичного огляду Застрахованої особи та/або надання додаткових документів медичного та загального характеру. На підставі оцінки ризику, відповідно до отриманих документів, Страховик має право вносити зміни до умов Договору.

7.21. Розмір страхової суми визначається за згодою Сторін під час укладення Договору або внесення змін до Договору, або у випадках, передбачених чинним законодавством, та може встановлюватись по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, Договору у цілому. Розмір страхової суми зазначається у Договорі.

7.22. Договором може встановлюватись як фіксований розмір страхової суми на весь строк дії Договору, так і страхова сума, яка поступово зменшується або збільшується протягом дії Договору.

7.23. Договором обов'язково передбачається збільшення розміру страхової суми та (або) розміру страхових виплат на суми, які визначаються Страховиком щонайменше один раз на рік за результатами отриманого інвестиційного доходу від розміщення коштів резервів із страхування життя за вирахуванням витрат Страховика на ведення справи у розмірі до 15 відсотків отриманого інвестиційного доходу

та обов'язкового відрахування в математичні резерви частки інвестиційного доходу, що відповідає розміру гарантованого інвестиційного доходу, який застосовується для розрахунку страхового тарифу за Договором, та у разі індексації розміру страхової суми та (або) розміру страхових виплат за офіційним індексом інфляції, відрахування в математичні резерви частки інвестиційного доходу, що відповідає такій індексації.

7.24. Договором також може бути передбачено збільшення розміру страхової суми та (або) розміру страхових виплат на суми (бонуси), які визначаються Страховиком щонайменше один раз на рік за іншими фінансовими результатами його діяльності (участь у прибутках Страховика).

7.25. Прийняті Страховиком додаткові страхові зобов'язання повідомляються Страхувальнику письмово та не можуть бути у подальшому зменшені в односторонньому порядку.

7.26. Виплата Страховиком будь-якого додаткового страхового зобов'язання здійснюється одночасно з проведенням страхової виплати за програмою основного страхування або виплатою викупної суми за Договором, якщо інше не передбачено Договором.

7.27. Договором може бути передбачено індексацію (зміну) за офіційним індексом інфляції розміру страхової суми та (або) страхових виплат протягом дії Договору за умови відповідної індексації (зміни) розміру страхового внеску. Порядок та умови індексації визначаються цими Правилами та Договором.

7.28. Страхові виплати відповідно до Договору здійснюються у розмірі страхової суми (її частини), якщо інше не передбачено Договором, та (або) у вигляді регулярних, послідовних виплат анuitетів, обумовлених у Договорі, за вирахуванням податків та зборів, передбачених законодавством України, а саме: одноразово, обумовленими частинами протягом певного строку, довічним анuitетом, довічним анuitетом з гарантованим періодом виплат, якщо інше не передбачено програмою страхування та/або Договором:

7.28.1. за страховим випадком - смерть Застрахованої особи з будь-якої причини, яка настала в період дії програми страхування (пункт 4.2.1.1 цих Правил) – в залежності від конкретних умов Договору та програми страхування - у розмірі 100% страхової суми, встановленої у Договорі для відповідної програми страхування, або у розмірі частини страхової суми, або у розмірі фактично сплачених страхових внесків на момент настання страхового випадку, або у розмірі математичних резервів, сформованих за відповідною програмою страхування на дату настання страхового випадку;

7.28.2. за страховим випадком - смерть Застрахованої особи, яка настала у період дії програми страхування, в результаті нещасного випадку, що трапився в період дії програми страхування (пункт 4.2.1.2 цих Правил) – у розмірі 100% страхової суми, встановленої у Договорі для відповідної програми страхування, або її частини;

7.28.3. за страховим випадком - смерть Застрахованої особи, яка настала у період дії програми страхування, в результаті нещасного випадку, спричиненого дорожньо-транспортною пригодою, що стався із Застрахованою особою в період дії програми страхування (пункт 4.2.1.3 цих Правил) – у розмірі 100% страхової суми, встановленої у Договорі для відповідної програми страхування, або її частини;

7.28.4. за страховим випадком - смерть Застрахованої особи, яка настала у період дії програми страхування, в результаті нещасного випадку на транспорті, що стався із Застрахованою особою в період дії програми страхування (пункт 4.2.1.4 цих Правил) – у розмірі 100% страхової суми, встановленої у Договорі для відповідної програми страхування, або її частини;

7.28.5. за страховим випадком - смерть Застрахованої особи, яка настала у період дії програми страхування, в результаті нещасного випадку на повітряному транспорті, що стався із Застрахованою особою в період дії програми страхування (пункт 4.2.1.5 цих Правил) – у розмірі 100% страхової суми, встановленої у Договорі для відповідної програми страхування, або її частини;

7.28.6. за страховим випадком – дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії програми страхування (пункт 4.2.1.6 цих Правил) - у розмірі 100% страхової суми, встановленої у Договорі для відповідної програми страхування, або її частини;

7.28.7. за страховим випадком – дожиття Застрахованої особи до події, передбаченої програмою страхування або Договором (пункт 4.2.1.7 цих Правил) - у розмірі 100% страхової суми, встановленої у Договорі для відповідної програми страхування, або її частини;

7.28.8. за страховим випадком – досягнення Застрахованою особою віку, який визначено у програмі страхування, з подальшою виплатою анuitету довічно (довічна пенсія) (пункт 4.2.1.8 цих Правил) - у розмірі 100% річного анuitету, з періодичністю, у строки та на умовах, визначених у Договорі для відповідної програми страхування. У разі смерті Застрахованої особи з будь-якої причини у періоді накопичення виплата здійснюється у розмірі фактично сплачених страхових внесків за цією програмою страхування на дату настання страхового випадку або у розмірі математичних резервів, сформованих за цією програмою страхування на дату настання страхового випадку;

7.28.9. за страховим випадком – досягнення Застрахованою особою віку, який визначено у програмі страхування, з подальшою виплатою анuitету довічно (довічна пенсія) з гарантованим періодом виплат (пункт 4.2.1.9 цих Правил) - у розмірі 100% річного анuitету, з періодичністю, у строки та на умовах, визначених у Договорі для відповідної програми страхування. У разі смерті Застрахованої особи з будь-якої причини у періоді накопичення здійснюється виплата у розмірі фактично сплачених страхових внесків за цією програмою страхування на дату настання страхового випадку або у розмірі математичних резервів, сформованих за цією програмою страхування на дату настання страхового випадку. У разі смерті Застрахованої особи з будь-якої причини протягом гарантованого періоду виплат виплата здійснюється або одноразово в розмірі недоотриманих анuitетів за вирахуванням гарантованого інвестиційного доходу за період з дня смерті Застрахованої особи і до закінчення гарантованого періоду виплат, або з періодичністю та у розмірі анuitетів, зазначених у програмі страхування, з дня смерті Застрахованої особи і до закінчення гарантованого періоду виплат;

страхованій особі хірургічне втручання з будь-якої причини (пункт 4.2.2.5.12 цих Правил) - на умовах «Таблиці розмірів страхових виплат у разі хірургічного втручання», яка є невід'ємною частиною цих Правил, та у зазначеному у цій Таблиці розмірі – у відсотках від страхової суми, встановленої у Договорі для відповідної програми страхування;

7.28.65. за страховим випадком - критичне захворювання (пункт 4.2.2.6 цих Правил) - у розмірі 100% страхової суми, встановленої у Договорі для відповідної програми страхування (тільки за одним випадком з переліку, надалі дія програми страхування припиняється), якщо інше не передбачено програмою страхування та/або Договором.

7.29. Договором може встановлюватися інший розмір, спосіб, строк та/або періодичність чи умови проведення страхових виплат, в тому числі, розміри та умови виплат, визначених таблицями розмірів страхових виплат (у разі травматичних ушкоджень та/або функціональних розладів, у разі стійких функціональних порушень, у разі хірургічного втручання тощо).

7.30. Інвалідність Застрахованої особи, встановлена протягом року з дня настання нещасного випадку, що стався в період дії програми страхування та призвів до встановлення Застрахованій особі інвалідності, Страховик також визнає як страховий випадок.

7.31. При настанні страхового випадку одночасно по кількох програмах страхування, визначених у Договорі, страхова виплата здійснюється по кожному страховому випадку окремо, згідно з кожною програмою страхування та Договором, якщо інше не передбачено програмою страхування та/або Договором.

7.32. Грошові зобов'язання Сторін за Договором можуть бути визначені як в гривні, так і у вільноконвертованій валюті або розрахункових величинах, що визначають фактичний розмір зобов'язань Страховика на дату виникнення або виконання цих зобов'язань.

7.33. Сплата страхових внесків проводиться Страхувальником у національній валюті України (гривнях). Якщо грошові зобов'язання Сторін за Договором визначені у вільноконвертованій валюті, то сплата страхових внесків, якщо інше не передбачено Договором, проводиться:

7.33.1. для Страхувальників-нерезидентів України – у національній валюті України в випадках, передбачених чинним законодавством України, або у іноземній вільноконвертованій валюті, якщо це передбачено Договором;

7.33.2. для Страхувальників-резидентів України – виключно у гривнях за офіційним курсом Національного банку України на день сплати.

7.34. Якщо це передбачено Договором, грошові зобов'язання Страховика за Договором, за яким валютою страхування є вільноконвертована валюта, здійснюються у визначеному Договором розмірі на території України в гривнях за офіційним курсом Національного банку України, встановленим: на дату настання страхового випадку – у разі проведення страхової виплати; або на дату дострокового припинення Договору – у разі виплати викупної суми. Договором може бути передбачений інший порядок здійснення Страховиком зобов'язань за Договором, укладеним у вільноконвертованій валюті.

7.35. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові внески здійснено в безготівковій формі.

7.36. У разі настання страхового випадку «смерть Застрахованої особи» протягом періоду очікування внеску, Страховик, якщо це передбачено умовами Договору, проводить страхову виплату у розмірі, передбаченому Договором, за вирахуванням очікуваного чергового внеску, якщо інше не передбачено Договором.

7.37. У разі настання страхового випадку з причин, які не були повідомлені Страховику Страхувальником та/або Застрахованою особою та/або особою, на яку покладено обов'язки щодо охорони законних прав і інтересів Застрахованої особи, при укладенні Договору, підключенні чи поновленні дії програм страхування, зміни умов страхування тощо, у тому числі у зв'язку з наданням ними неповної чи неправдивої інформації, фіктивних та/або фальсифікованих документів про предмет Договору та/або у зв'язку з приховуванням відомостей, що мали істотне значення для оцінки страхового ризику, в Заяві на страхування та/або додаткових документах, які вимагав Страховик для оцінки ризику:

7.37.1. щодо стану здоров'я Застрахованої особи, перенесених нею захворювань, хірургічних втручань чи нещасних випадків у разі настання страхового випадку протягом перших 5 (п'яти) років:

7.37.1.1. з дня початку чи поновлення дії Договору страхування або окремої програми страхування у разі її підключення до діючого Договору, крім підключення чи поновлення, запропонованого Страховиком, Страховик має право, якщо інше не передбачено Договором:

7.37.1.1.1. відмовити у здійсненні страхової виплати чи провести страхову виплату у розмірі, визначеному Страховиком з урахуванням відомостей, що не були йому відомі під час встановлення (зміни) умов страхування, та/або

7.37.1.1.2. внести зміни до умов страхування з дня початку наступного страхового періоду, якщо інше не передбачено Договором, з подальшим припиненням дії Договору чи програми страхування у разі незгоди Страхувальника на внесення запропонованих Страховиком змін та/або

7.37.1.1.3. припинити дію такого Договору в цілому чи щодо окремої програми страхування;

7.37.1.2. після проведення збільшення розміру страхової суми, крім збільшення, запропонованого Страховиком, страхова виплата за таким випадком проводиться виходячи з розміру страхової суми, яка була визначена для відповідної програми страхування до проведення такого збільшення; у цьому разі Страховик має право внести зміни до умов страхування з дня початку наступного страхового періоду, якщо інше не передбачено Договором, з подальшим припиненням дії Договору чи програми страхування у разі незгоди Страхувальника на внесення запропонованих Страховиком змін;

7.37.2. щодо віку, наявності шкідливих звичок, професії чи роду занять, занять спортом чи небезпечних захоплень Застрахованої особи Страховик має право здійснити заходи, передбачені підпунктами 7.37.1.1.1 – 7.37.1.1.3 цих Правил, якщо інше не передбачено Договором.

8. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ, ВИГОДОНАБУВАЧА) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

8.1. У разі настання випадку, що має ознаки страхового, Страхувальник зобов'язаний, якщо це передбачено Договором:

8.1.1. повідомити Страховика про настання такого випадку протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня його настання або з дня, коли про це стало відомо, письмово на поштову адресу Страховика, або засобами телефонного чи факсимільного зв'язку, або на адресу електронної пошти за реквізитами, що зазначені у Договорі та/або на офіційному сайті Страховика.

Умовами програми страхування та/або Договору може бути передбачений інший строк для повідомлення Страховика про настання страхового випадку.

У разі неможливості дотримання Страхувальником встановленого Договором строку для повідомлення про настання страхового випадку з поважних причин, повідомити Страховика про настання страхового випадку може Застрахована особа, Вигодонабувач (спадкоємець) як тільки це стане можливо. Страховик має право вимагати надання документів, виданих компетентними органами, що підтверджують причини, через які повідомлення про настання страхового випадку було подано Страховику несвоєчасно;

8.1.2. при повідомленні про настання випадку, що має ознаки страхового, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) повинен надати Страховику наступні відомості:

8.1.2.1. інформацію про особу, яка повідомляє про настання випадку: прізвище, ім'я, по батькові, відношення до Застрахованої особи, контактний телефон;

8.1.2.2. прізвище, ім'я, по батькові Застрахованої особи, номер Договору страхування;

8.1.2.3. дату настання випадку;

8.1.2.4. причини та обставини, за яких стався випадок (дорожно-транспортна пригода, падіння тощо);

8.1.2.5. характер та наслідки випадку (травматичне ушкодження, встановлення групи інвалідності тощо);

8.1.2.6. назву, адресу та контактний телефон лікувального закладу, де Застрахованій особі надавалась медична допомога, в тому числі перша медична допомога;

8.1.3. надати Страховику всі документи, зазначені у розділі 11 цих Правил та/або програми страхування та/або Договорі, у строк, що не перевищує 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати настання випадку. У разі, якщо з об'єктивних причин надати документи в зазначений строк неможливо, такі документи необхідно надати протягом 3 (трьох) робочих днів з дня їх отримання від відповідних компетентних органів;

8.1.4. надати Страховику повні, правдиві та достовірні відомості про причини та обставини настання страхового випадку, а також іншу необхідну інформацію, яку вимагає Страховик у рамках Договору (на вимогу Страховика).

9. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

9.1. Страхові виплати у разі визнання випадку страховим, здійснюються Вигодонабувачам, призначеним за таким страховим випадком на дату його настання, у розмірах та на умовах, визначених у Договорі.

9.2. Вигодонабувач вважається призначеним та/або частка Вигодонабувача вважається зміненою, якщо інше не передбачено Договором, з дня, зазначеного Страхувальником у документі, складеному у письмовій формі, але не раніше дня погодження його Страховиком, тобто, дня фактичного отримання Страховиком такого документу, що підтверджується представленням на ньому відповідної дати отримання.

9.3. Для призначення Вигодонабувача-фізичної особи Страхувальник повинен надати наступну обов'язкову інформацію: прізвище, ім'я, по батькові, адресу, дату народження такої особи, та вказати, за яким страховим випадком призначається цей Вигодонабувач та частку такого Вигодонабувача у виплаті за цим страховим випадком.

9.4. У разі призначення кількох Вигодонабувачів за одним страховим випадком сума часток виплат, що належать кожному з них, не повинна перевищувати 100%.

9.5. У разі, якщо Страхувальником були призначені кілька Вигодонабувачів за одним страховим випадком, але не були визначені частки кожного Вигодонабувача у виплаті, розмір виплати, належної кожному такому Вигодонабувачу, встановлюється у однаковому для усіх призначених Вигодонабувачів розмірі, пропорційно до кількості таких Вигодонабувачів.

9.6. У разі, якщо Страхувальник не визначив частку виплати певного Вигодонабувача(-ів) у виплаті, частка виплати кожному такому Вигодонабувачу розраховується шляхом поділу нерозподіленої частки виплати на кількість Вигодонабувачів, щодо яких не визначена частка виплати, тобто, встановлюється у однаковому для усіх таких Вигодонабувачів розмірі. При цьому нерозподілена частка виплат – це частка виплати, що залишається після вирахування зі 100% виплати часток виплат інших Вигодонабувачів, щодо яких в Договорі вказані частки виплати.

9.7. У разі, якщо сума усіх часток виплати, визначених Страхувальником для усіх Вигодонабувачів, у загальному підсумку перевищує 100%, то частка виплати кожного Вигодонабувача розраховується пропорційно призначеній йому частці.

9.8. Договором страхування може бути передбачено чергу Вигодонабувачів по смерті. Кожна наступна черга Вигодонабувачів по смерті одержує право на отримання страхової виплати у разі смерті Вигодонабувачів попередньої черги або їх письмової відмови від страхової виплати або їм було відмовлено у страховій виплаті на підставі пунктів 5.1.4, 5.1.5 цих Правил. Призначення черги Вигодонабувачів, а також умов, за яких особа, зазначена як Вигодонабувач, має право вступити в права Вигодонабувача, здійснюються Страхувальником у Договорі.

9.9. У разі, якщо у Договорі призначаються Вигодонабувачі за страховим випадком «смерть» (тобто, без визначення конкретного страхового випадку, особливих умов чи періоду, на який вони призначаються), такі Вигодонабувачі вважаються Вигодонабувачами за усіма страховими випадками, що передбачають смерть Застрахованої особи в період дії відповідних програм страхування та/або Договору.

9.10. Якщо Вигодонабувач не вказаний або письмово відмовився від належної

йому страхової виплати (частки виплати), або якщо він помер до настання страхового випадку, або йому було відмовлено у страховій виплаті на підставі пунктів 5.1.4, 5.1.5 цих Правил, у випадку смерті Застрахованої особи виплату отримують спадкоємці Застрахованої особи.

9.11. Якщо Вигодонабувач не вказаний або письмово відмовився від належної йому страхової виплати (частки виплати), або якщо він помер до настання страхового випадку, або йому було відмовлено у страховій виплаті на підставі пунктів 5.1.4, 5.1.5 цих Правил, за страховими випадками, іншими ніж смерть Застрахованої особи, Вигодонабувачем вважається та виплату отримує сама Застрахована особа.

9.12. У разі смерті Вигодонабувача після настання страхового випадку із Застрахованою особою виплату отримують спадкоємці Вигодонабувача.

9.13. У разі одночасної смерті Застрахованої особи та Вигодонабувача (протягом однієї календарної доби) страхова виплата здійснюється спадкоємцям Вигодонабувача.

9.14. У разі проведення виплат спадкоємцям частка кожного Вигодонабувача-спадкоємця дорівнює частці виплати, зазначеній для нього у свідоцтві про право на спадщину або іншому документі, передбаченому законодавством України.

9.15. Якщо Застрахована особа оголошена померлою, страхова виплата здійснюється за умови, якщо день її смерті, вказаний у рішенні суду та виданому на його підставі свідоцтві про смерть, приходить на період дії відповідної програми страхування. У разі визнання Застрахованої особи безвісно відсутньою страхова виплата не здійснюється.

9.16. Для прийняття рішення щодо визнання випадку страховим за всіма випадками, крім смерті Застрахованої особи, Страховик має право вимагати проведення медичного обстеження (огляду) Застрахованої особи.

9.17. Якщо Застрахована особа відмовляється пройти медичне обстеження (огляд), яке вимагає Страховик з метою підтвердження факту та/або причин настання страхового випадку для прийняття рішення про визнання випадку страховим, Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати за таким випадком.

9.18. Страхові виплати можуть бути отримані безпосередньо особою, яка відповідно до Договору або законодавства України має право на отримання страхової виплати, чи за її дорученням, засвідченим в установленому законодавством України порядку, іншою особою.

10. СРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

10.1. Протягом 20 (двадцяти) робочих днів з дня отримання Страховиком всіх необхідних для здійснення страхової виплати документів, якщо інше не передбачено Договором, Страховик зобов'язаний прийняти рішення про визнання випадку страховим та проведення страхової виплати або про відмову у здійсненні страхової виплати шляхом складання та підписання Страховиком Страхового акту, або про відстрочення прийняття таких рішень.

10.2. Днем отримання всіх необхідних для здійснення страхової виплати документів вважається день, коли Страховик отримав від Вигодонабувача останній з усіх документів, які мають бути ним надані відповідно до умов Договору або за додатковим запитом Страховика.

10.3. Страхова виплата відповідно до Договору здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з дати підписання Страхового акту, якщо інше не передбачено Договором.

10.4. Страхові виплати у формі ануїтетів проводяться протягом строку та з періодичністю, що визначені у програмі страхування та/або Договорі. Якщо інше не передбачено Договором, кожна виплата з числа ануїтетних нараховується Страховиком в перший день кожного періоду ануїтетних виплат та здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з дати її нарахування або з дати отримання Страховиком усіх документів, необхідних для проведення такої ануїтетної виплати. Для отримання чергової ануїтетної виплати Вигодонабувач повинен один раз на рік протягом 10 (десяти) робочих днів з дати кожної страхової річниці надавати Страховику (оновлювати) документи про те, що Застрахована особа є живою на дату такої страхової річниці.

10.5. Страховик згідно з Договором несе майнову відповідальність за несвочасне здійснення страхової виплати шляхом сплати пені у розмірі 0,01% за кожен день прострочення від суми простроченого платежу, але не більше розміру подвійної облікової ставки НБУ, що діяла у періоді прострочення платежу, якщо інше не передбачено Договором.

10.6. Якщо це передбачено Договором, Страховик може відстрочити прийняття рішення про визнання випадку страховим та проведення страхової виплати або про визнання випадку не страховим та відмову у страховій виплаті:

10.6.1. якщо по факту настання страхового випадку розпочате досудове розслідування – до дати отримання Страховиком документів, що підтверджують закінчення досудового розслідування,

10.6.2. якщо у Страховика є підстави для проведення особистого розслідування по факту настання страхового випадку - до повного з'ясування обставин настання випадку, але цей строк не може перевищувати 6 (шести) місяців з моменту надання всіх необхідних для здійснення страхової виплати документів.

10.7. Якщо це передбачено Договором, в разі наявності сумнівів щодо достовірності, або з метою уточнення відомостей, зазначених у документах, наданих для здійснення страхової виплати, Страховик може відстрочити прийняття рішення про визнання випадку страховим та проведення страхової виплати, або про визнання випадку не страховим та відмову у страховій виплаті, до підтвердження достовірності отриманої інформації, але цей строк не може перевищувати 3 (три) місяців з моменту надання всіх необхідних для здійснення страхової виплати документів.

10.8. У разі передбаченого Договором відстрочення прийняття рішення про визнання випадку страховим або про визнання випадку не страховим, Страховик протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття рішення про таке відстрочення, повинен письмово повідомити про це Вигодонабувача з обґрунтуванням причин відстрочення.

10.9. У разі прийняття рішення про визнання випадку не страховим та відмову в страховій виплаті, Страховик протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення, повинен письмово повідомити про це Вигодонабувача з обґрунтуванням причин відмови.

10.10. Відмову Страховика у здійсненні страхової виплати та/або розмір викупної суми за Договором може бути оскаржено у судовому порядку.

11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. Настання страхового випадку – його факт, причини та обставини, має бути підтвержене документами, виданими відповідними компетентними органами.

11.2. У разі настання страхового випадку Вигодонабувач зобов'язаний надати Страховику належним чином оформлені та засвідчені документи загального характеру та документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку згідно з, але не обмежуючись, переліком, зазначеним у цих Правилах та/або програмі страхування та/або Договорі. При цьому Вигодонабувач зобов'язаний надати Страховику усі необхідні докази для прийняття Страховиком аргументованого та документально підтвердженого рішення про визнання випадку страховим і здійснення страхової виплати.

11.3. Якщо Страховик не отримав від Вигодонабувача усіх необхідних документів та/або наданих документів чи інформації, що міститься у цих документах, недостатньо для визнання випадку страховим, та/або надана інформація потребує додаткового уточнення або підтвердження, але Вигодонабувач протягом визначеного Договором строку не надав додаткових переконливих доказів, що дозволяють встановити факт, причини та обставини настання випадку чи розмір страхової виплати, Страховик має право відмовити такому Вигодонабувачу у страховій виплаті.

11.4. Вигодонабувач відповідно до умов Договору повинен надати наступні документи, що підтверджують настання страхового випадку:

11.4.1. Заяву про виплату за встановленою Страховиком формою.

11.4.2. Договір страхування (Страхове свідоцтво, Сертифікат).

11.4.3. Документ, що посвідчує особу Вигодонабувача.

11.4.4. Копію документа, що засвідчує реєстрацію у Державному реєстрі фізичних осіб-платників податків, чи довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру фізичної особи-одержувача виплати; або копію виписки (витягу) з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань, засвідчені печаткою та підписом уповноваженого представника Вигодонабувача-юридичної особи як такі, що відповідають оригіналу.

11.4.5. Документи, які засвідчують ступінь споріднення Вигодонабувача із Застрахованою особою у разі її наявності.

11.4.6. Рішення (вирок) суду, що набуло законної сили, документи, що підтверджують закінчення досудового розслідування у випадку, якщо за фактом настання із Застрахованою особою випадку було розпочате досудове розслідування.

11.5. Якщо це передбачено Договором, у разі настання страхового випадку, зазначеного у пунктах 4.2.1.6, 4.2.1.8–4.2.1.12 цих Правил (дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії програми страхування; досягнення Застрахованою особою віку, який визначено у програмі страхування), додатково до документів, перелічених у пункті 11.4 цих Правил, Вигодонабувач повинен надати:

11.5.1. документ, виданий нотаріусом України або іншою уповноваженою на це особою відповідно до чинного на момент проведення страхової виплати законодавства України, який посвідчує факт, що Застрахована особа є живою, або

11.5.2. копії всіх сторінок паспорта громадянина України Застрахованої особи, на яких міститься будь-яка інформація, засвідчена Застрахованою особою після дати дожиття або досягнення віку, передбаченими у Договорі, як такі, що відповідають оригіналу, або

11.5.3. Вигодонабувач разом із Застрахованою особою повинен з'явитися до центрального офісу або структурного підрозділу Страховика та додатково до документів, перелічених у пункті 11.4 цих Правил, пред'явити паспорт або інший документ, що посвідчує особу Застрахованої особи.

11.6. Якщо це передбачено Договором, у разі настання страхового випадку, зазначеного у пункті 4.2.1.7 цих Правил (дожиття Застрахованої особи до події, передбаченої програмою страхування), додатково до документів, перелічених у пунктах 11.4 та 11.5 цих Правил, Вигодонабувач повинен надати:

11.6.1. документ, виданий компетентним органом, що засвідчує факт настання події, передбаченої програмою страхування (свідоцтво про шлюб, свідоцтво про народження дитини тощо) – оригінал або копія, засвідчена нотаріально або органом, що видав документ.

11.7. Якщо це передбачено Договором, у разі смерті Застрахованої особи Страховику додатково до документів, перелічених у пункті 11.4 цих Правил, надаються такі документи:

11.7.1. Нотаріально засвідчена копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи встановленого зразка.

11.7.2. Копія лікарського свідоцтва про смерть або довідка компетентних органів про причину смерті, а також довідка про результати розтину тіла Застрахованої особи (у разі, якщо він проводився).

11.7.3. Свідоцтво про право на спадщину або його нотаріально засвідчена копія (у разі, якщо Вигодонабувачами є спадкоємці).

11.8. Якщо це передбачено Договором, у разі настання страхового випадку, пов'язаного з настанням нещасного випадку, Страховику додатково надаються документи, що підтверджують факт настання нещасного випадку, а саме:

11.8.1. Акт про нещасний випадок на виробництві встановленої форми (форма Н-1), якщо такий стався на виробництві;

11.8.2. довідки та інші документи компетентних органів, які підтверджують факт, дозволяють встановити причини і обставини настання нещасного випадку із зазначенням осіб, винних у його настанні, якщо такі були, тощо.

11.9. Якщо це передбачено Договором, у разі настання страхових випадків за програмами додаткового страхування, що зазначені у пункті 4.2.2 цих Правил, додат-



ково до документів, перелічених у пунктах 11.4, 11.7, 11.8 цих Правил, надаються:

11.9.1. документи компетентних органів, які дозволяють встановити факт, причини і обставини настання страхового випадку;

11.9.2. документи закладів охорони здоров'я встановленого зразка, належним чином заповнені, засвідчені підписом відповідальної особи та скріплені печаткою закладу охорони здоров'я;

11.9.2.1. виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого з вказаними прізвищем, іменем, по батькові хворого-Застрахованої особи, датою звернення за медичною допомогою, повним діагнозом, анамнезом, результатами досліджень, що проводились для встановлення діагнозу, проведеним лікуванням, датою виписки з закладу охорони здоров'я – оригінал або копія, засвідчена закладом охорони здоров'я, що її видав;

11.9.2.2. документи або їх нотаріально засвідчені копії про встановлення Застрахованої особи інвалідності I або II або III групи або категорії «дитина-інвалід» чи «дитина-інвалід підгрупи А», видані медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК) або лікарсько-консультативними комісіями, визначеними відповідно до законодавства України – у разі встановлення Застрахованої особи інвалідності;

11.9.2.3. результати рентгенологічних, функціональних, лабораторних та інших методів інструментальних досліджень, що проводились Застрахованої особи з метою встановлення діагнозу (в т.ч. оригінали рентгенівських знімків, плівки магнітно-резонансної томографії тощо), з відповідним висновком профільного лікаря (оригінал або копія, засвідчена закладом охорони здоров'я, що її видав);

11.9.2.4. документи про медичний огляд (обстеження) Застрахованої особи профільним лікарем, проведене хірургічне втручання чи спеціальний вид терапії, інші медичні документи, що дозволяють достовірно визначити факт, причини та обставини настання страхового випадку, розмір страхової виплати тощо.

11.10. Програмою страхування та/або Договором перелік документів, необхідних для здійснення страхової виплати, може бути доповнений, розширений або уточнений.

11.11. Страховик має право обґрунтовано вимагати інші документи, відповідно до законодавства України та Договору, які дозволяють встановити факт, причини і обставини настання страхового випадку, розмір страхової виплати тощо.

11.12. Страховик має право вимагати від Вигодонабувача надання документів, які підтверджують, що жодна з обставин, зазначених у розділі 5 цих Правил для відповідного страхового випадку, не стала причиною настання і/або Застрахованою особою такого випадку, та жодним чином з ним не пов'язана.

11.13. Якщо це передбачено Договором, в разі настання страхового випадку за межами України, Вигодонабувач повинен додатково до документів, необхідних для здійснення страхової виплати, та документів, що підтверджують настання страхового випадку, надати Страховику переклад на українську мову документів, підтверджуючих факт та обставини настання страхового випадку, засвідчений нотаріально або засвідчений печаткою та підписом уповноваженого представника юридичної особи, в якій працюють перекладачі, що мають відповідну кваліфікацію, підтверджену відповідними документами.

12. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

12.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

12.1.1. надання Страховальником та/або Застрахованою особою та/або Вигодонабувачем свідомо неправдивих та/або неповних відомостей, фактивних та/або фальсифікованих документів про предмет Договору при укладенні Договору, підключенні чи поновленні дії програм страхування, зміні умов страхування, або про факт чи обставини настання страхового випадку;

12.1.2. несвоєчасне повідомлення про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та причин настання страхового випадку та/або його наслідків, у тому числі у разі заборони, накладеної Застрахованою особою, Страховальником чи Вигодонабувачем на надання (розголошення) компетентними органами інформації чи документів, що вимагає Страховик для прийняття рішення про визнання випадку, що стався із Застрахованою особою, страховим;

12.1.3. невиконання Страховальником та/або Застрахованою особою обов'язків за Договором;

12.1.4. виключення із страхових випадків і обмеження страхування, передбачені розділом 5 цих Правил та/або Договором;

12.1.5. інші випадки, передбачені Договором та/або законом.

12.2. Умовами Договору можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхової виплати, якщо це не суперечить закону.

13. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

13.1. Строк дії Договору визначається за згодою Сторін, виходячи з умов обраної програми страхування.

13.2. Договори, укладені на підставі цих Правил, діють на території всього світу, якщо інше не передбачено Договором.

13.3. Строк та місце дії Договору зазначаються у Договорі.

13.4. Будь-які календарні дати та/або час, пов'язані з фактом настання страхового випадку або перебігом передбаченого Договором строку, визначаються за київським часом, якщо інше не передбачено Договором.

14. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

14.1. Страховальник має право, якщо інше не передбачено Договором:

14.1.1. ознайомитися з умовами та Правилами страхування.

14.1.2. укласти Договір про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою.

14.1.3. отримувати роз'яснення щодо укладеного Договору.

14.1.4. При укладенні Договору, за згодою Застрахованої особи, призначити фізичних або юридичних осіб (Вигодонабувачів) для отримання страхових виплат на умовах і в пропорціях, що визначаються в Договорі. Також протягом дії Договору, за настання страхових випадків, Страховальник, за згодою Застрахованої особи,

має право замінювати Вигодонабувачів та/або їх частки в страховій виплаті.

14.1.5. Призначити Вигодонабувача, якому може надаватися безвідкличне право на отримання страхової виплати. В такому разі заміна Вигодонабувача та/або внесення змін до умов Договору та/або дострокове припинення дії Договору можливе лише за його згодою, якщо інше не передбачено Договором.

14.1.6. Отримати дублікат або копію Договору (Страхового свідоцтва) у разі його втрати.

14.1.7. Достроково припинити дію Договору шляхом письмового повідомлення Страховика не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору, якщо це передбачено Договором.

14.1.8. Подати заяву про внесення змін до умов Договору.

14.1.9. Відмовитися від Договору в порядку та на умовах, передбачених Договором.

14.1.10. Умовами Договору можуть бути передбачені інші права Страховальника.

14.2. Страховальник зобов'язаний, якщо інше не передбачено Договором:

14.2.1. Своєчасно вносити страхові внески (платежі, премії) у розмірах і в строки, що вказані в Договорі.

14.2.2. При укладенні Договору, внесенні до нього змін, підключенні чи поновленні дії програм страхування і т.і. надати Страховику повну, достовірну та правдиву інформацію про Застраховану особу, зокрема, щодо стану її здоров'я, перенесених захворювань, хірургічних втручань чи нещасних випадків, професії чи роду занять, занять спортом чи небезпечних захоплень тощо, які вимагає Страховик для оцінки ризику та прийняття рішення про укладення Договору, а також інші відомі йому факти та обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі протягом 5 (п'яти) робочих днів у письмовій формі інформувати Страховика про будь-які зміни у відомостях, які надавалися Страховику при укладенні Договору, які мають істотний вплив на оцінку страхового ризику.

14.2.3. У разі укладення Договору на користь третьої особи – Застрахованої особи, ознайомити таку Застраховану особу з умовами Договору в частині, що її стосується, і Правилами страхування, відповідно до яких укладається Договір, та в обов'язковому порядку отримати згоду Застрахованої особи на страхування та на обробку Страховиком її персональних даних.

14.2.4. При укладенні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування життя щодо предмета Договору, якщо такі існують, та про які відомо Страховальнику.

14.2.5. Відповідно до Договору, протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня настання страхового випадку або з дня, коли стало відомо про настання страхового випадку, повідомити про це Страховика, а також надати повну та достовірну інформацію відносно Застрахованої особи та обставин настання події.

14.2.6. Відповідно до Договору, повідомляти Страховику протягом 5 (п'яти) робочих днів про зміну прізвища, постійного місця проживання, адреси для листування, телефону та інших даних, які зазначені у Договорі.

14.2.7. Умовами Договору можуть бути передбачені інші обов'язки Страховальника.

14.3. Страховик має право, якщо інше не передбачено Договором:

14.3.1. Перевіряти повідомлену Страховальником інформацію, а також контролювати виконання ним умов Договору, проводити незалежну перевірку обставин настання випадків у будь-який спосіб, що не суперечать законодавству України, в тому числі отримувати від компетентних органів, інших фізичних та/або юридичних осіб персональні дані та інші відомості щодо стану здоров'я Застрахованої особи при укладенні Договору, внесенні до нього змін, підключенні чи поновленні дії програм страхування і т.і., факту, причин та/або обставин настання страхового випадку, тощо з метою провадження Страховиком страхової діяльності.

14.3.2. Відмовитись від укладення Договору, в тому числі, за результатами оцінки ризику (андерайтингу) або, за згодою Страховальника, встановити інші умови страхування.

14.3.3. Змінити розмір страхового тарифу (страхової суми чи страхових виплат) в зв'язку зі змінами розмірів страхових сум (страхових тарифів), періодичності сплати страхових внесків, віку, статі, професії Застрахованої особи, кількості Застрахованих осіб та інших умов, в тому числі, встановлених пунктом 7.37 цих Правил. У разі незгоди Страховальника на внесення запропонованих Страховиком змін щодо розміру страхового тарифу (страхової суми чи страхових виплат), Страховик має право достроково припинити дію Договору з дня, наступного за останнім днем оплаченого страхового періоду, після закінчення якого Страховик запропонував змінити розмір страхового тарифу, якщо інше не передбачено Договором.

14.3.4. Достроково припинити дію Договору шляхом письмового повідомлення Страховальника не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів до дати такого припинення дії Договору, в тому числі у разі невиконання Страховальником своїх обов'язків за Договором та/або у разі надання Страховальником, Застрахованою особою та/або Вигодонабувачем неправдивих та/або неповних відомостей при укладенні Договору, внесенні змін до нього, про факт або обставини настання страхового випадку тощо.

14.3.5. У разі несплати Страховальником чергового страхового внеску (з урахуванням періоду очікування внеску) достроково припинити дію Договору або, відповідно до Договору, в односторонньому порядку провести зменшення (редукція) розміру страхової суми та (або) страхових виплат.

14.3.6. Відмовити у страховій виплаті відповідно до Договору та/або закону, у тому числі, у разі надання Страховальником, Застрахованою особою та/або Вигодонабувачем неправдивих та/або неповних відомостей чи приховування відомостей, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, при укладенні Договору, внесенні змін до нього, про факт або обставини настання страхового випадку тощо, в результаті чого внести зміни до умов страхування або достроково припинити дію програми страхування та/або Договору.

14.3.7. Якщо це передбачено Договором, відстрочити прийняття рішення про визнання випадку страховим та проведення страхової виплати у строки та за умов, зазначених у цих Правилах чи Договорі.

14.3.8. Вимагати від Вигодонабувача, Застрахованої особи чи Страховальника надання усіх необхідних документів, в т.ч. додаткових, та/або доказів, що під-

тверджують факт, причини та/або обставини настання із Застрахованою особою випадку для прийняття рішення про визнання випадку страховим і здійснення страхової виплати.

14.3.9. За згодою Страхувальника внести зміни до Договору у порядку, передбаченому законодавством України та цими Правилами, в зв'язку зі змінами обставин, виходячи з яких Сторони уклали Договір та/або змінювали умови страхування. У разі, якщо Сторони не знайшли згоди з приводу внесення змін до Договору, кожна Сторона Договору має право достроково припинити дію Договору.

14.3.10. Здійснювати відповідно до вимог законодавства України обробку персональних даних, наданих Страхувальником, Застрахованою особою, Вигодонабувачем тощо в зв'язку з укладенням, обслуговуванням та виконанням Договору.

14.3.11. Отримувати від Страхувальника або Застрахованої особи компенсацію, якщо з їх вини у Страховика виникли додаткові витрати, зокрема у випадках надання дублікату або копії Договору страхування, поновлення дії програм страхування тощо.

14.3.12. Умовами Договору можуть бути передбачені інші права Страховика.

14.4. Страховик зобов'язаний, якщо інше не передбачено Договором:

14.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

14.4.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.

14.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк.

14.4.4. Не розголошувати відомостей про Страхувальника, Застраховану особу, Вигодонабувача та їх майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

14.4.5. Умовами Договору можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.

14.5. Обов'язки Застрахованої особи, якщо інше не передбачено Договором:

14.5.1. При укладенні Договору надати Страховикові достовірні відомості про вік, професію, посаду та/або функціональні обов'язки, стан здоров'я та перенесені захворювання чи нещасні випадки, а також інші відомі їй обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі протягом 5 (п'яти) робочих днів у письмовій формі інформувати Страховика про будь-які зміни у відомостях, які надавалися Страховику при укладенні Договору, які мають істотний вплив на оцінку страхового ризику.

14.5.2. На вимогу Страховика пройти медичний огляд (обстеження) та/або надати документи щодо стану здоров'я, причини та/або обставин настання страхового випадку тощо.

14.5.3. Повідомити Страховика про інші чинні Договори страхування, укладені на її користь.

14.5.4. У разі настання страхового випадку якнайшвидше звернутися до компетентних органів для отримання своєчасної медичної чи іншої допомоги, оформлення факту та обставин настання страхового випадку.

14.5.5. Живити всіх необхідних заходів для запобігання чи зменшення шкоди власному життю та здоров'ю, виконувати рекомендації кваліфікованих лікарів.

14.5.6. Умовами Договору можуть бути передбачені також інші обов'язки Застрахованої особи.

14.6. У разі зміни адреси, прізвища, імені, по батькові або назви Страховика, Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувачів, упродовж 5 (п'яти) робочих днів Страховик або Страхувальник зобов'язані сповістити один одного про такі зміни.

14.7. У разі смерті Страхувальника, який уклав Договір на користь третіх осіб, його права та обов'язки можуть перейти як до цих осіб, так і до осіб, на яких відповідно до закону покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів Застрахованих осіб, або до іншої фізичної особи або юридичної особи за згодою Застрахованої особи та Страховика.

14.8. Договором може передбачатися зміна Страхувальника (Страховика) на нового Страхувальника (Страховика). Про намір змінити Сторону Договору Сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до планованої дати змін. Проведення зміни Страхувальника (Страховика) проводиться виключно у разі згоди на це іншої Сторони Договору. Зміна Сторони Договору проводиться також за згодою Застрахованої особи.

14.9. Проведення зміни Страхувальника (Страховика) за Договором здійснюється шляхом укладання тристоронньої Додаткової угоди до Договору між Страхувальником, Страховиком та новим Страхувальником (Страховиком) щодо передачі прав та обов'язків Страхувальника (Страховика) за Договором новому Страхувальнику (Страховику), якщо інше не передбачено законодавством України.

14.10. Якщо Договором передбачене достаточне страхування на випадок смерті Страхувальника з будь-якої причини або встановлення Страхувальнику інвалідності I групи чи II групи з будь-якої причини, наслідком чого є звільнення Страхувальника від сплати страхових внесків, у разі зміни Страхувальника за Договором, не пов'язаної зі смертю Страхувальника, право на звільнення від сплати страхових внесків втрачається з моменту зміни Страхувальника до закінчення строку дії Договору.

14.11. Якщо Страхувальник-юридична особа припиняється і встановлюються його правонаступники, права та обов'язки Страхувальника переходять до правонаступника.

14.12. У разі визнання судом Страхувальника-фізичної особи недієздатним, його права і обов'язки за Договором переходять до його опікуна.

14.13. У разі визнання судом Страхувальника-фізичної особи обмежено дієздатним, він здійснює свої права і обов'язки Страхувальника за Договором лише за згодою піклувальника.

15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

15.1. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

15.1.1. Закінчення строку дії Договору – з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем, що визначений як день закінчення дії Договору.

15.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі.

15.1.3. Якщо страховий внесок (в разі несплати у встановлені Договором строки) не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом строків, що вказані у такій вимозі, якщо інше не передбачено Договором, та Страховик не скористався своїм правом на вжиття заходів, передбачених пунктом 7.19 цих Правил, якщо це передбачено Договором, Страховик має право в односторонньому порядку достроково припинити дію Договору з дня, наступного за останнім днем оплаченого страхового періоду, якщо інше не передбачено Договором.

15.1.4. У разі незгоди Страхувальника на внесення запропонованих Страховиком змін щодо розміру страхового тарифу (страхової суми чи страхових виплат) відповідно до пункту 14.3.3 цих Правил.

15.1.5. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених пунктами 14.7 – 14.13 цих Правил.

15.1.6. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

15.1.7. Прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним.

15.1.8. В інших випадках, передбачених законодавством України, цими Правилами чи Договором страхування.

15.2. Дія Договору страхування може бути припинена за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо інше не передбачено Договором. Про намір достроково припинити дію Договору Сторона, що має намір припинити Договір, повинна письмово повідомити про це іншу Сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до планованої дати припинення, якщо інше не передбачено Договором.

15.3. Дія Договору достроково припиняється та втрачає чинність також у разі, якщо смерть Застрахованої особи визнана не страховим випадком або Страховик прийняв рішення про відмову у здійсненні страхової виплати у разі смерті Застрахованої особи відповідно до умов цих Правил та/або Договору.

15.4. У разі дострокового припинення дії Договору Страховик виплачує Страхувальнику викупну суму у передбаченому Договором розмірі з урахуванням додаткового інвестиційного доходу у розмірі, не меншому ніж сума, оголошена Страховиком. Якщо інше не передбачено Договором, викупна сума виплачується Страхувальнику протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня дострокового припинення дії Договору. Для отримання викупної суми Страхувальник повинен надати Страховику наступні документи:

15.4.1. заяву за формою, затвердженою Страховиком;

15.4.2. документи, що дозволяють ідентифікувати особу Страхувальника або особу, що подає або отримує викупну суму (а також документи, що підтверджують повноваження такої особи): паспорт, документ, що засвідчує реєстрацію у Державному реєстрі фізичних осіб-платників податків, чи довідку про присвоєння ідентифікаційного номеру, довіреність на вчинення відповідних дій тощо;

15.4.3. документи, що на дату проведення виплати вимагаються відповідно до законодавства України (анкету фінансового моніторингу тощо).

15.5. За несвоєчасне здійснення виплати викупної суми Страховик несе відповідальність відповідно до статті 625 Цивільного кодексу України.

15.6. Якщо дія Договору достроково припиняється з ініціативи Страхувальника, днем дострокового припинення вважається день, що настає через 30 (тридцять) календарних днів з дати отримання Страховиком заяви Страхувальника про намір достроково припинити дію Договору, крім випадків, коли Страховик згоден достроково припинити дію Договору з дня, зазначеного Страхувальником у такій заяві. Якщо дія Договору достроково припиняється з ініціативи Страховика відповідно до умов Договору – дія Договору припиняється з дня, визначеного відповідними положеннями Договору.

16. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

16.1. Будь-які зміни до умов Договору вносяться за взаємною згодою Страхувальника, Застрахованої особи і Страховика, якщо інше не передбачено Договором.

16.2. Про намір внести зміни до умов Договору Сторона, яка виступає ініціатором таких змін, повинна письмово повідомити про це іншу Сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованої дати внесення змін.

16.3. Зміни до умов Договору оформлюються шляхом підписання Додаткової угоди або шляхом обміну листами, документами, підписаними Стороною, яка їх надсилає, якщо інше не передбачено Договором.

Також, у разі згоди Страхувальника на зміну розмірів страхових сум та/або страхових внесків, підключення чи поновлення дії програм додаткового страхування тощо, що пропонуються Страховиком, такі зміни можуть бути оформлені шляхом надіслання Страхувальнику нового Страхового свідоцтва із зазначенням нових розмірів страхових сум та/або страхових внесків за Договором та/або нових програм страхування, за умови надання Страхувальником згоди на таку зміну. Згодою на таку зміну вважається сплата Страхувальником та зарахування на поточний рахунок Страховика зміненого страхового внеску, запропонованого Страховиком.

16.4. Не допускається внесення змін до діючого Договору у разі відсутності згоди на це однієї зі Сторін, крім випадків, які передбачені цими Правилами та/або Договором.

16.5. При зміні кількості Застрахованих осіб за колективним Договором Страхувальник повинен надати Страховику необхідну для внесення змін до умов Договору інформацію про цих осіб. Договір із зміненими умовами набирає чинності у порядку, передбаченому Договором.

16.6. За Договором, де визначена тільки одна Застрахована особа, зміна Застрахованої особи не проводиться, якщо інше не передбачено Договором.

16.7. Сторони Договору мають право вносити зміни до Договору в іншому порядку, у іншій формі та у інший спосіб, що не суперечить законодавству України, в тому числі у порядку, визначеному законодавством України, що регулює відносини в сфері електронної комерції та електронного документообігу.



17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

17.1. Спори, зумовлені невиконанням умов Договору, розв'язуються шляхом переговорів або у порядку, передбаченому законодавством України, якщо інше не передбачено Договором.

17.2. Спори між Страховиком і Страхувальником з приводу обставин та характеру настання страхового випадку, розміру та порядку здійснення страхових виплат та ін. можуть вирішуватись Сторонами із залученням незалежних експертів. При цьому оплата послуг незалежних експертів здійснюється Стороною, яка є ініціатором їх залучення.

18. ОСОБЛИВІ УМОВИ

18.1. Вся кореспонденція за Договором надсилається Страхувальнику за адресою, вказаною у Договорі.

18.2. Якщо одна Сторона Договору не була своєчасно повідомлена про зміну адреси іншої Сторони, то вся кореспонденція, направлена на попередню адресу, буде вважатися отриманою іншою Стороною.

18.3. Заяви, повідомлення та будь-які інші волевиявлення Сторін, що стосуються Договору, надаються у письмовій або електронній формі шляхом безпосередньої передачі особисто або відправки рекомендованим листом чи іншим видом зв'язку. Будь-яке повідомлення або документи, надіслані іншим видом зв'язку, повинні супроводжуватися надісланням оригіналів особисто, поштою або кур'єрською доставкою, якщо інше не передбачене Договором.

18.4. Дати відправки та отримання письмових повідомлень фіксуються відповідно до законодавства України та внутрішніх документів Страховика.

18.5. Наслідки збільшення страхового ризику в період дії Договору:

18.5.1. В період дії Договору Страхувальник зобов'язаний протягом 5 (п'яти) робочих днів письмово повідомити Страховика про обставини, що були невідомі Страховику при укладенні Договору, якщо ці обставини можуть суттєво вплинути на збільшення ступеня страхового ризику (зміна обставин визнається суттєвою, коли вони змінилися настільки, що Договір взагалі не було б укладено, або було б укладено на зовсім інших умовах, якби Сторони мали змогу це передбачати).

18.5.2. У разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення ступеня страхового ризику, Страховик має право вимагати зміни умов Договору та/або збільшення розміру страхового внеску відповідно до ступеню збільшення ризику.

18.6. Якщо це передбачено Договором, обидві Сторони залишають за собою право призупиняти виконання взаємних обов'язків за Договором, у випадку виникнення надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру, а також у випадку виникнення інших обставин непереборної сили (війни, воєнних чи військових дій, революції, заколоту, повстання, громадянських заворушень, страйку, терористичних актів та ін.), засвідчених в установленому порядку, на час дії таких ситуацій та/або обставин.

18.7. У випадку укладання Договору шляхом надіслання Страхувальнику копії цих Правил та видачі Страхувальнику Страхового Свідоцтва, яке не містить розбіжностей з поданою Заявою на страхування, умови цих Правил «згідно з Договором», «за Договором», «відповідно до Договору», «якщо це передбачено Договором» тощо вважаються дотриманими.

**ПРОГРАМА ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ НА ВИПАДОК ДОЖИТТЯ
АБО СМЕРТІ
«АКТИВ» (200)**

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

1.1. Застрахованими особами згідно з цією програмою можуть бути фізичні особи віком, якщо інше не передбачено Договором:

- 1.1.1.** на дату початку дії програми з 16 років до 70 років включно;
- 1.1.2.** на дату закінчення дії програми 75 років.

2. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

2.1. Страховими ризиками за цією програмою є:

- 2.1.1.** смерть Застрахованої особи, яка настала в період дії цієї програми;
- 2.1.2.** нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою в період дії цієї програми;
- 2.1.3.** хвороба Застрахованої особи в період дії цієї програми;
- 2.1.4.** дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії цієї програми. Під дожиттям розуміється факт дожиття Застрахованої особи до 24 години 00 хвилин дня, визначеного в Договорі як останній день дії цієї програми.
- 2.2.** Страховими випадками за цією програмою основного страхування є:
 - 2.2.1.** смерть Застрахованої особи з будь-якої причини (тобто, внаслідок нещасного випадку та/або хвороби, які сталися в період дії цієї програми), яка настала в період дії цієї програми;
 - 2.2.2.** дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії цієї програми.

3. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

3.1. Не вважається страховим випадок, зазначений у пункті 2.2.1 цієї програми, що стався внаслідок та/або в результаті подій, визначених у пункті 5.1 Правил, якщо інше не передбачено Договором.

4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

- 4.1.** Величина гарантованого інвестиційного доходу, яка застосовується для розрахунку страхового тарифу за цією програмою, зазначається у Договорі.
- 4.2.** Страхові внески можуть сплачуватись щоквартально, або два рази на рік, або щорічно (для колективних Договорів – також щомісячно) протягом усього строку дії Договору, або протягом певного періоду сплати страхових внесків, зазначеного у Договорі, або одноразово, якщо інше не передбачено Договором. Кожний черговий страховий внесок повинен бути сплачений до закінчення періоду, за який оплата вже виконана, якщо інше не передбачено Договором. Страхові внески можуть сплачуватись наперед за один або декілька страхових періодів.
- 4.3.** Страхова сума фіксована. Розміри страхових сум за обома страховими випадками, зазначеними у пункті 2.2 цієї програми, є рівними.
- 4.4.** Страхова виплата у разі настання будь-якого зі страхових випадків, зазначених у пункті 2.2 цієї програми, здійснюється у розмірі 100% страхової суми, встановленої у Договорі для цієї програми, якщо інше не передбачено Договором. Виплата проводиться незалежно від страхових виплат, здійснених за іншими програмами страхування, що входять до складу Договору, якщо інше не передбачено Договором.

5. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

- 5.1.** Для отримання страхової виплати Вигодонабувач протягом визначеного пунктом 8.1.3 Правил періоду повинен надати Страховику належним чином оформлені та засвідчені документи загального характеру та документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку, а саме:
 - 5.1.1.** документи, зазначені у пункті 11.4 Правил;
 - 5.1.2.** документи, зазначені у пункті 11.5 Правил – у разі настання страхового випадку, зазначеного у пункті 2.2.2 цієї програми;
 - 5.1.3.** документи, зазначені у пункті 11.7 Правил – у разі настання страхового випадку, зазначеного у пункті 2.2.1 цієї програми;
 - 5.1.4.** документи, зазначені у пункті 11.8 Правил – у разі, якщо настання страхового випадку, зазначеного у пункті 2.2.1 цієї програми, пов'язане з настанням нещасного випадку.
- 5.2.** Документи, зазначені у пункті 5.1 цієї програми, повинні бути оформлені відповідно до вимог, визначених у розділі 11 Правил.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 6.1.** Строк дії цієї програми визначається за згодою Сторін, але не може бути більшим ніж 50 (п'ятдесят) років, якщо інше не передбачено Договором.
- 6.2.** Програма діє на території усього світу, якщо інше не передбачено Договором.

7. ІНШІ УМОВИ

7.1. Інші умови страхування за цією програмою визначаються Правилами, якщо інше не передбачено Договором.

**ПРОГРАМА ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ
НА ВИПАДОК ДОЖИТТЯ
«СКАРБНИЧКА» (211)**

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

1.1. Застрахованими особами згідно з цією програмою можуть бути фізичні особи віком, якщо інше не передбачено Договором:

- 1.1.1.** на дату початку дії програми з 16 років до 70 років включно;
- 1.1.2.** на дату закінчення дії програми 75 років.
- 1.2.** Ця програма діє виключно за умови укладення Договору за програмою основного страхування, що передбачає ризик смерті Застрахованої особи з поверненням внесків протягом всього строку дії Договору, якщо інше не передбачено Договором.

2. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

- 2.1.** Страховим ризиком за цією програмою є дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії цієї програми. Під дожиттям розуміється факт дожиття Застрахованої особи до 24 години 00 хвилин дня, визначеного в програмі як останній день дії цієї програми.
- 2.2.** Страховим випадком за цією програмою основного страхування є дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії цієї програми.

3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

- 3.1.** Величина гарантованого інвестиційного доходу, яка застосовується для розрахунку страхового тарифу за цією програмою, зазначається у Договорі.
- 3.2.** Страхові внески можуть сплачуватись щоквартально, або два рази на рік, або щорічно (для колективних Договорів – також щомісячно) протягом усього строку дії Договору, або протягом певного періоду сплати страхових внесків, зазначеного у Договорі, або одноразово, якщо інше не передбачено Договором. Кожний черговий страховий внесок повинен бути сплачений до закінчення періоду, за який оплата вже виконана, якщо інше не передбачено Договором. Страхові внески можуть сплачуватись наперед за один або декілька страхових періодів.
- 3.3.** Періодичність сплати страхових внесків за цією програмою встановлюється відповідно до періодичності сплати страхових внесків за програмою основного страхування, яка передбачає ризик смерті Застрахованої особи з поверненням внесків.
- 3.4.** Страхова сума фіксована.
- 3.5.** Страхова виплата у разі настання страхового випадку здійснюється у розмірі 100% страхової суми, встановленої у Договорі для цієї програми, якщо інше не передбачено Договором. Виплата проводиться незалежно від страхових виплат, здійснених за іншими програмами страхування, що входять до складу Договору, якщо інше не передбачено Договором.

4. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

- 4.1.** Для отримання страхової виплати Вигодонабувач протягом визначеного пунктом 8.1.3 Правил періоду повинен надати Страховику належним чином оформлені та засвідчені документи загального характеру та документи, що підтверджують факт настання страхового випадку, а саме:
 - 4.1.1.** документи, зазначені у пункті 11.4 Правил;
 - 4.1.2.** документи, зазначені у пункті 11.5 Правил.
- 4.2.** Документи, зазначені у пункті 4.1 цієї програми, повинні бути оформлені відповідно до вимог, визначених у розділі 11 Правил.

5. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 5.1.** Строк дії цієї програми визначається за згодою Сторін, але не може перевищувати строку дії програми основного страхування, яка передбачає ризик смерті Застрахованої особи з поверненням внесків, та бути більшим за 50 (п'ятдесят) років, якщо інше не передбачено Договором.
- 5.2.** Програма діє на території усього світу, якщо інше не передбачено Договором.

6. ІНШІ УМОВИ

6.1. Інші умови страхування за цією програмою визначаються Правилами, якщо інше не передбачено Договором.

**ПРОГРАМА ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ НА ВИПАДОК СМЕРТІ З
БУДЬ-ЯКОЇ ПРИЧИНИ З ПОВЕРНЕННЯМ ВНЕСКІВ (111)**

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

1.1. Застрахованими особами згідно з цією програмою можуть бути фізичні особи віком, якщо інше не передбачено Договором:

- 1.1.1.** на дату початку дії програми з 16 років до 70 років включно;
- 1.1.2.** на дату закінчення дії програми 75 років.

2. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

- 2.1.** Страховими ризиками за цією програмою є:
 - 2.1.1.** смерть Застрахованої особи, яка настала в період дії цієї програми;
 - 2.1.2.** нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою в період дії цієї програми;
 - 2.1.3.** хвороба Застрахованої особи в період дії цієї програми.
- 2.2.** Страховим випадком за цією програмою основного страхування є смерть Застрахованої особи з будь-якої причини (тобто, внаслідок нещасного випадку та/

або хвороби, які сталися в період дії цієї програми), яка настала в період дії цієї програми.

3. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

3.1. Положення пунктів 5.1.1 – 5.1.3, 7.36 Правил на цю програму не поширюються.

4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

4.1. Величина гарантованого інвестиційного доходу, яка застосовується для розрахунку страхового тарифу за цією програмою, зазначається у Договорі.

4.2. Страхові внески можуть сплачуватись щоквартально, або два рази на рік, або щорічно (для колективних Договорів – також щомісячно), протягом усього строку дії Договору, або протягом певного періоду сплати страхових внесків, зазначеного у Договорі, або одноразово, якщо інше не передбачено Договором. Кожний черговий страховий внесок повинен бути сплачений до закінчення періоду, за який оплата вже виконана, якщо інше не передбачено Договором. Страхові внески можуть сплачуватись наперед за один або декілька страхових періодів.

4.3. Розмір страхової суми дорівнює розміру страхових внесків за основним страхуванням, фактично сплачених на момент настання страхового випадку відповідно до періодичності сплати страхових внесків, зазначеної у Договорі, якщо інше не передбачено Договором.

4.4. Страхова виплата у разі настання страхового випадку здійснюється у розмірі 100% страхової суми, встановленої у Договорі для цієї програми, якщо інше не передбачено Договором. Виплата проводиться незалежно від страхових виплат, здійснених за іншими програмами страхування, що входять до складу Договору, якщо інше не передбачено Договором.

5. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

5.1. Для отримання страхової виплати Вигодонабувач протягом визначеного пунктом 8.1.3 Правил періоду повинен надати Страховику належним чином оформлені та засвідчені документи загального характеру та документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку, а саме:

5.1.1. документи, зазначені у пункті 11.4 Правил;

5.1.2. документи, зазначені у пункті 11.7 Правил.

5.2. Документи, зазначені у пункті 5.1 цієї програми, повинні бути оформлені відповідно до вимог, визначених у розділі 11 Правил.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Строк дії цієї програми визначається за згодою Сторін, але не може бути більшим ніж 50 (п'ятдесят) років, якщо інше не передбачено Договором.

6.2. Програма діє на території усього світу, якщо інше не передбачено Договором.

7. ІНШІ УМОВИ

7.1. Інші умови страхування за цією програмою визначаються Правилами, якщо інше не передбачено Договором.

Додаток № 1.2.7

до Правил добровільного страхування життя № 01-2 (нова редакція) з відповідними змінами

ПРОГРАМА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ НА ВИПАДОК ДОЖИТТЯ «ДИТИНА» (212)

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

1.1. Застрахованими особами згідно з цією програмою можуть бути фізичні особи віком, якщо інше не передбачено Договором:

1.1.1. на дату початку дії програми від народження до 17 років включно;

1.1.2. на дату закінчення дії програми 37 років.

1.2. Ця програма діє виключно за умови укладення Договору за програмою основного страхування, що передбачає ризик смерті Застрахованої особи з поверненням внесків протягом всього строку дії Договору, якщо інше не передбачено Договором.

2. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

2.1. Страховим ризиком за цією програмою є дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії цієї програми. Під дожиттям розуміється факт дожиття Застрахованої особи до 24 години 00 хвилин дня, визначеного в програмі як останній день дії цієї програми.

2.2. Страховим випадком за цією програмою основного страхування є дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії цієї програми.

3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

3.1. Величина гарантованого інвестиційного доходу, яка застосовується для розрахунку страхового тарифу за цією програмою, зазначається у Договорі.

3.2. Страхові внески можуть сплачуватись щоквартально, або два рази на рік, або щорічно (для колективних Договорів – також щомісячно) протягом усього строку дії Договору, або протягом певного періоду сплати страхових внесків, зазначеного у Договорі, або одноразово, якщо інше не передбачено Договором. Кожний черговий страховий внесок повинен бути сплачений до закінчення періоду, за який оплата вже виконана, якщо інше не передбачено Договором. Страхові внески можуть сплачуватись наперед за один або декілька страхових періодів.

3.3. Періодичність сплати страхових внесків за цією програмою встановлюється відповідно до періодичності сплати страхових внесків за програмою основного страхування, яка передбачає ризик смерті Застрахованої особи з поверненням внесків.

3.4. Страхова сума фіксована.

3.5. Страхова виплата у разі настання страхового випадку здійснюється у розмірі 100% страхової суми, встановленої у Договорі для цієї програми, якщо інше не передбачено Договором. Виплата проводиться незалежно від страхових виплат, здійснених за іншими програмами страхування, що входять до складу Договору, якщо інше не передбачено Договором.

4. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

4.1. Для отримання страхової виплати Вигодонабувач протягом визначеного пунктом 8.1.3 Правил періоду повинен надати Страховику належним чином оформлені та засвідчені документи загального характеру та документи, що підтверджують факт настання страхового випадку, а саме:

4.1.1. документи, зазначені у пункті 11.4 Правил;

4.1.2. документи, зазначені у пункті 11.5 Правил.

4.2. Документи, зазначені у пункті 4.1 цієї програми, повинні бути оформлені відповідно до вимог, визначених у розділі 11 Правил.

5. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

5.1. Строк дії цієї програми визначається за згодою Сторін, але не може перевищувати строку дії програми основного страхування, яка передбачає ризик смерті Застрахованої особи з поверненням внесків, та бути більшим за 37 (тридцять сім) років, якщо інше не передбачено Договором.

5.2. Програма діє на території усього світу, якщо інше не передбачено Договором.

6. ІНШІ УМОВИ

6.1. Інші умови страхування за цією програмою визначаються Правилами, якщо інше не передбачено Договором.

Додаток № 1.1.7

до Правил добровільного страхування життя № 01-2 (нова редакція) з відповідними змінами

ПРОГРАМА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ НА ВИПАДОК СМЕРТІ З БУДЬ-ЯКОЇ ПРИЧИНИ З ПОВЕРНЕННЯМ ВНЕСКІВ (ДЛЯ ПРОГРАМИ «ДИТИНА») (112)

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

1.1. Застрахованими особами згідно з цією програмою можуть бути фізичні особи віком, якщо інше не передбачено Договором:

1.1.1. на дату початку дії програми від народження до 17 років включно;

1.1.2. на дату закінчення дії програми 37 років.

2. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

2.1. Страховими ризиками за цією програмою є:

2.1.1. смерть Застрахованої особи, яка настала в період дії цієї програми;

2.1.2. нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою в період дії цієї програми;

2.1.3. хвороба Застрахованої особи в період дії цієї програми.

2.2. Страховим випадком за цією програмою основного страхування є смерть Застрахованої особи з будь-якої причини (тобто, внаслідок нещасного випадку та/або хвороби, які сталися в період дії цієї програми), яка настала в період дії цієї програми.

3. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

3.1. Положення пунктів 5.1.1 – 5.1.3, 7.36 Правил на цю програму не поширюються.

4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

4.1. Величина гарантованого інвестиційного доходу, яка застосовується для розрахунку страхового тарифу за цією програмою, зазначається у Договорі.

4.2. Страхові внески можуть сплачуватись щоквартально, або два рази на рік, або щорічно (для колективних Договорів – також щомісячно), протягом усього строку дії Договору, або протягом певного періоду сплати страхових внесків, зазначеного у Договорі, або одноразово, якщо інше не передбачено Договором. Кожний черговий страховий внесок повинен бути сплачений до закінчення періоду, за який оплата вже виконана, якщо інше не передбачено Договором. Страхові внески можуть сплачуватись наперед за один або декілька страхових періодів.

4.3. Розмір страхової суми дорівнює розміру страхових внесків за основним страхуванням, фактично сплачених на момент настання страхового випадку відповідно до періодичності сплати страхових внесків, зазначеної у Договорі, якщо інше не передбачено Договором.

4.4. Страхова виплата у разі настання страхового випадку здійснюється у розмірі 100% страхової суми, встановленої у Договорі для цієї програми, якщо інше не передбачено Договором. Виплата проводиться незалежно від страхових виплат, здійснених за іншими програмами страхування, що входять до складу Договору, якщо інше не передбачено Договором.

5. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

5.1. Для отримання страхової виплати Вигодонабувач протягом визначеного пунктом 8.1.3 Правил періоду повинен надати Страховику належним чином оформлені та засвідчені документи загального характеру та документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку, а саме:

5.1.1. документи, зазначені у пункті 11.4 Правил;

5.1.2. документи, зазначені у пункті 11.7 Правил.

5.2. Документи, зазначені у пункті 5.1 цієї програми, повинні бути оформлені відповідно до вимог, визначених у розділі 11 Правил.



6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 6.1.** Строк дії цієї програми визначається за згодою Сторін, але не може бути більшим ніж 37 (тридцять сім) років, якщо інше не передбачено Договором.
- 6.2.** Програма діє на території усього світу, якщо інше не передбачено Договором.

7. ІНШІ УМОВИ

- 7.1.** Інші умови страхування за цією програмою визначаються Правилами, якщо інше не передбачено Договором.

Додаток № 2.1.1 до Правил добровільного страхування життя № 01-2 (нова редакція) з відповідними змінами

ПРОГРАМА ДОДАТКОВОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ НА ВИПАДОК СМЕРТІ В РЕЗУЛЬТАТІ НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ (900)

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 1.1.** Застрахованими особами згідно з цією програмою можуть бути фізичні особи віком, якщо інше не передбачено Договором:
- 1.1.1.** на дату початку дії програми від народження до 70 років включно;
- 1.1.2.** на дату закінчення дії програми 75 років.
- 1.2.** Ця програма діє виключно за умови укладення Договору за програмою основного страхування, що передбачає ризик смерті Застрахованої особи протягом всього строку дії Договору, якщо інше не передбачено Договором.

2. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

- 2.1.** Страховими ризиками за цією програмою, якщо інше не передбачено Договором, є:
- 2.1.1.** смерть Застрахованої особи, яка настала в період дії цієї програми;
- 2.1.2.** нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою в період дії цієї програми.
- 2.2.** Страховим випадком за цією програмою є смерть Застрахованої особи, яка настала в період дії цієї програми, в результаті нещасного випадку, що трапився в період дії цієї програми.

3. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

- 3.1.** Не вважається страховим випадок, зазначений у пункті 2.2 цієї програми, що стався внаслідок та/або в результаті подій, визначених у пунктах 5.1.2 – 5.1.5, 5.2.1 Правил, якщо інше не передбачено Договором.

4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

- 4.1.** Величина гарантованого інвестиційного доходу, яка застосовується для розрахунку страхового тарифу за цією програмою, складає 0 (нуль) відсотків річних.
- 4.2.** Періодичність і порядок сплати страхових внесків за цією програмою встановлюється відповідно до періодичності і порядку сплати страхових внесків за програмою основного страхування. Сплата страхових внесків за програмами основного та додаткового страхування здійснюється одночасно.
- 4.3.** Страхова сума фіксована.
- 4.4.** Страхова виплата у разі настання страхового випадку здійснюється у розмірі 100% страхової суми, встановленої у Договорі для цієї програми, якщо інше не передбачено Договором. Виплата проводиться незалежно від страхових виплат, здійснених за іншими програмами страхування, що входять до складу Договору, якщо інше не передбачено Договором.

5. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

- 5.1.** Для отримання страхової виплати Вигодонабувач протягом визначеного пунктом 8.1.3 Правил періоду повинен надати Страховику належним чином оформлені та засвідчені документи загального характеру та документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку, а саме:
- 5.1.1.** документи, зазначені у пункті 11.4 Правил;
- 5.1.2.** документи, зазначені у пункті 11.7 Правил;
- 5.1.3.** документи, зазначені у пункті 11.8 Правил.
- 5.2.** Документи, зазначені у пункті 5.1 цієї програми, повинні бути оформлені відповідно до вимог, визначених у розділі 11 Правил.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 6.1.** Строк дії цієї програми визначається за згодою Сторін, але не може перевищувати строку дії програми основного страхування.
- 6.2.** Програма діє на території усього світу, якщо інше не передбачено Договором.

7. ІНШІ УМОВИ

- 7.1.** Інші умови страхування за цією програмою визначаються Правилами, якщо інше не передбачено Договором.

Додаток № 2.5.2 до Правил добровільного страхування життя № 01-2 (нова редакція) з відповідними змінами

ПРОГРАМА ДОДАТКОВОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ НА ВИПАДОК КРИТИЧНОГО ЗАХВОРУВАННЯ (6) (901)

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 1.1.** Застрахованими особами згідно з цією програмою можуть бути фізичні особи

віком, якщо інше не передбачено Договором:

- 1.1.1.** на дату початку дії програми з 18 років до 65 років включно;
- 1.1.2.** на дату закінчення дії програми 66 років.
- 1.2.** Ця програма діє виключно за умови укладення Договору за програмою основного страхування, що передбачає ризик смерті Застрахованої особи протягом всього строку дії Договору, якщо інше не передбачено Договором.

2. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

- 2.1.** Страховими ризиками за цією програмою, якщо інше не передбачено Договором, є:

- 2.1.1.** нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою в період дії цієї програми;
- 2.1.2.** хвороба Застрахованої особи, вперше діагностована в період дії цієї програми.
- 2.2.** Страховим випадком за цією програмою є вперше виявлене у Застрахованої особи в період дії цієї програми захворювання та/або стан, а також проведення Застрахованої особі оперативних втручань з приводу нещасного випадку, що стався в період дії цієї програми, або первинно діагностованого в період дії програми захворювання, перелік та визначення яких наведені нижче, які надалі називаються критичними, а саме:

- 2.2.1. Рак.**
- 2.2.1.1.** Визначення: злоякісне новоутворення, яке характеризується неконтрольованим ростом і розповсюдженням злоякісних клітин, що супроводжується їх інвазією в тканини, які гістологічно відрізняються від пухлинних.
- 2.2.1.2.** Страховим випадком не вважаються:
- 2.2.1.2.1.** будь-який неінвазивний рак (рак in situ);
- 2.2.1.2.2.** передракові стани;
- 2.2.1.2.3.** пограничні пухлини або пухлини з низьким потенціалом злоякісності;
- 2.2.1.2.4.** дисплазія шийки матки CIN-1, CIN-2 або CIN-3;
- 2.2.1.2.5.** злоякісні пухлини шкіри, крім злоякісної меланоми з інвазією за межі епідермісу;
- 2.2.1.2.6.** злоякісні захворювання передміжурової залози, крім пухлин стадії T2N0M0 і вище (за класифікацією TNM);
- 2.2.1.2.7.** папілярна карцинома щитоподібної залози, крім пухлин стадії T2N0M0 і вище (за класифікацією TNM);
- 2.2.1.2.8.** хвороба Ходжкіна (лімфома Ходжкіна) і неходжкінська лімфома, крім лімфом стадії 2 і вище по Енн-Арборській класифікації;
- 2.2.1.2.9.** всі види лейкозів (лейкемії), які не призвели до анемії; будь-яка гастроінтестинальна стромальна пухлина (GIP, або GIST), крім пухлин стадії T2N0M0 і вище (за класифікацією TNM) і крім пухлин з рівнем мітотичної активності > 5/50 полів зору.
- 2.2.1.3.** Діагноз повинен бути підтверджений результатом гістологічного або (в разі системних злоякісних захворювань) цитологічного дослідження. Страхова виплата не проводиться у разі виявлення ракових клітин або їх генетичного матеріалу виключно біохімічними або молекулярними методами (в тому числі із застосуванням протеомних технологій або технологій, заснованих на дослідженні ДНК чи РНК) без підтверджуючого гістологічного дослідження.
- 2.2.2. Інфаркт міокарда.**
- 2.2.2.1.** Визначення: відмирання частини серцевого м'язу в результаті недостатнього кровопостачання у відповідній зоні.
- 2.2.2.2.** Діагноз повинен бути підтверджений наявністю всіх нижченаведених ознак захворювання:
- 2.2.2.2.1.** типовий біль в центральній частині грудної клітини;
- 2.2.2.2.2.** збільшення рівня специфічних серцевих маркерів (в тому числі креатинфосфокінази-МВ) вище загальноприйнятих меж нормальних значень або рівень тропоніну-Т або тропоніну-І 500 нг/л та більше;
- 2.2.2.2.3.** нові електрокардіографічні зміни, які характерні для інфаркту міокарда;
- 2.2.2.2.4.** підтвержене зниження функції лівого шлуночка (зниження фракції викиду лівого шлуночка або значна гіпокінезія, акінезія або аномалії руху стінки, зумовлені інфарктом міокарда).
- 2.2.2.3.** Страховим випадком не вважаються:
- 2.2.2.3.1.** інфаркти міокарда без змін сегменту ST при електрокардіографічних дослідженнях та зі збільшенням показників тропоніну I або T при обстеженні крові;
- 2.2.2.3.2.** інші гострі коронарні синдроми, такі як стабільна/нестабільна стенокардія;
- 2.2.2.3.3.** безболісний інфаркт міокарда.
- 2.2.3. Інсульт.**
- 2.2.3.1.** Визначення: будь-які цереброваскулярні зміни, що викликають неврологічну симптоматику тривалістю більше ніж 24 години поспіль та включають відмирання частин мозкової тканини, геморагію або емболію.
- 2.2.3.2.** Діагноз повинен бути підтверджений наявністю всіх нижченаведених ознак захворювання:
- 2.2.3.2.1.** типові клінічні симптоми інсульту;
- 2.2.3.2.2.** результати комп'ютерної або магнітно-резонансної томографії головного мозку або іншого достовірного візуалізуючого дослідження підтверджують діагноз інсульту;
- 2.2.3.2.3.** в результаті інсульту розвинувся постійний неврологічний дефіцит тієї частини тіла, яка контролюється ураженою ділянкою головного мозку. Оцінка неврологічного дефіциту може бути проведена не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня встановлення заключного діагнозу інсульту.
- 2.2.3.3.** Страховим випадком не вважаються:
- 2.2.3.3.1.** минуці (тимчасові) ішемічні порушення мозкового кровообігу;
- 2.2.3.3.2.** транзиторна ішемічна атака (TIA);
- 2.2.3.3.3.** травматичні ушкодження головного мозку або кровоносних судин головного мозку;
- 2.2.3.3.4.** неврологічні симптоми, що виникають внаслідок мігрені;
- 2.2.3.3.5.** неврологічні зміни тривалістю менше ніж 3 (три) місяці поспіль;
- 2.2.3.3.6.** лакунарні інсульти без неврологічної симптоматики.
- 2.2.4. Хірургічна операція на відкритому серці (аортокоронарне шунтування).**
- 2.2.4.1.** Визначення: фактично проведена за рекомендацією лікаря-кардіолога операція обхідного аортокоронарного шунтування на відкритому серці шляхом



торакотомії з метою корекції або лікування однієї або кількох коронарних артерій. Необхідність проведення операції повинна підтверджуватись висновками коронарної ангіографії.

2.2.4.2. Страховим випадком не вважаються:

2.2.4.2.1. інші методи лікування, які не проводяться на відкритому серці, в тому числі, балонна ангіопластика, стентування, внутрішньосудинні або ендоскопічні маніпуляції, лазерна або інші неінвазивні процедури;

2.2.4.2.2. лапароскопічні хірургічні втручання.

2.2.5. Трансплантація життєво важливих органів.

2.2.5.1. Визначення: фактично проведена за рекомендацією лікаря-фахівця відповідного профілю операція з приводу пересадки від людини до людини, а саме від донора Застрахованій особі-реципієнту, одного чи кількох наступних важливих органів: серця, легені, печінки, нирки, підшлункової залози або кісткового мозку (з використанням гемопоетичних стовбурових клітин з попередньою повною абляцією кісткового мозку реципієнта).

2.2.5.2. Страховим випадком не вважається трансплантація інших органів, частин органів, будь-яких тканин чи клітин (окрім клітин кісткового мозку).

2.2.6. Ниркова недостатність в термінальній стадії.

2.2.6.1. Визначення: термінальна стадія ниркової недостатності, при якій встановлено незворотні порушення функцій обох нирок, в результаті чого був розпочатий постійний нирковий діаліз та/або проведена операція з пересадки донорської нирки.

2.2.6.2. Страховим випадком не вважається:

2.2.6.2.1. ниркова недостатність в стадії компенсації;

2.2.6.2.2. ниркова недостатність з відсутністю необхідності в постійному нирковому діалізі або трансплантації нирки.

2.3. Випадок, зазначений у пункті 2.2 цієї програми, визнається страховим, якщо:

2.3.1. відповідний діагноз був вперше встановлений в період дії цієї програми або

2.3.2. в період дії цієї програми Застрахованій особі було проведено оперативне втручання з приводу первинно діагностованого у період дії цієї програми захворювання, що підтверджується документами закладів охорони здоров'я та інших компетентних органів.

3. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

3.1. Не вважається страховим випадок, зазначений у пункті 2.2 цієї програми, що стався внаслідок та/або в результаті подій, визначених у пунктах 5.1.2 – 5.1.5, 5.2.1, 5.2.5 Правил, якщо інше не передбачено Договором.

4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

4.1. Величина гарантованого інвестиційного доходу, яка застосовується для розрахунку страхового тарифу за цією програмою, зазначається у Договорі.

4.2. Якщо це передбачено Договором, у кожному п'яту річницю дії цього додаткового страхування розмір страхового тарифу може змінитися (збільшитися або зменшитися) на основі проведених актуарних розрахунків.

4.3. Періодичність і порядок сплати страхових внесків за цією програмою встановлюється відповідно до періодичності і порядку сплати страхових внесків за програмою основного страхування. Сплата страхових внесків за програмами основного та додаткового страхування здійснюється одночасно.

4.4. Страхова сума фіксована.

4.5. Страхова виплата у разі настання страхового випадку здійснюється у розмірі 100% страхової суми, встановленої в Договорі для цієї програми, тільки за одним випадком з переліку, надалі дія цієї програми припиняється, якщо інше не передбачено Договором. Виплата проводиться незалежно від страхових виплат, здійснених за іншими програмами страхування, що входять до складу Договору, якщо інше не передбачено Договором.

4.6. Випадок, зазначений у пункті 2.2 цієї програми, визнається страховим, та страхова виплата проводиться у разі, якщо виконуються вимоги щодо періоду очікування та періоду виживання, встановлених для цієї програми, а саме:

4.6.1. період виживання становить 28 (двадцять вісім) календарних днів з дня діагностування одного із станів, визначених як критичне захворювання, або з дня проведення оперативного втручання, передбаченого цією програмою страхування. Страхова виплата проводиться за умови, що Застрахована особа є живою на наступний після закінчення періоду виживання день, тобто, на 29-тий день з дня діагностування критичного захворювання чи проведення операції, що підтверджується документально;

4.6.2. період очікування становить 90 (дев'яносто) календарних днів та застосовується у таких випадках:

4.6.2.1. з дня початку та/або поновлення дії цієї програми. Випадок, що стався із Застрахованою особою в такому періоді очікування не визнається страховим, страхова виплата за таким випадком не проводиться;

4.6.2.2. з дня збільшення розміру страхової суми за цією програмою страхування (крім збільшення, запропонованого Страховиком). У разі настання страхового випадку протягом зазначеного періоду очікування страхова виплата проводиться у розмірі страхової суми, встановленої у Договорі для цієї програми страхування до проведення такого збільшення.

Період очікування не застосовується до критичних захворювань, які сталися у результаті нещасного випадку, що трапився протягом періоду очікування.

4.7. В разі продовження дії цієї програми на таких самих умовах протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту припинення дії попередньої програми на випадок критичного захворювання, якщо це передбачено Договором, положення пункту 4.6.2 цієї програми не застосовується до осіб, у яких строк дії програми на випадок критичного захворювання на дату такого продовження перевищує встановлений програмою період очікування.

4.8. Договором можуть бути встановлені інші умови щодо строку та/або застосування періоду виживання та/або періоду очікування за цією програмою.

5. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

5.1. Для отримання страхової виплати Вигодонабувач не раніше ніж на наступний день після закінчення періоду виживання (а у разі, якщо для певного критичного захворювання встановлений спеціальний строк (щодо наявності симптоматики,

проведення огляду і т.і.) – після закінчення такого строку) повинен надати Страховику належним чином оформлені та засвідчені документи загального характеру та документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку, а саме:

5.1.1. документи, зазначені у пункті 11.4 Правил;

5.1.2. документи, зазначені у пункті 11.8 Правил у разі, якщо критичне захворювання сталося в результаті нещасного випадку;

5.1.3. у разі настання страхового випадку, зазначеного у пункті 2.2.1 цієї програми (рак):

5.1.3.1. виписний епікриз з історії хвороби;

5.1.3.2. результати гістологічних (в разі системних злоякісних захворювань – цитологічних) досліджень;

5.1.4. у разі настання страхового випадку, зазначеного у пункті 2.2.2 цієї програми (інфаркт міокарда):

5.1.4.1. виписний епікриз з історії хвороби;

5.1.4.2. результати біохімічних досліджень крові в динаміці захворювання з обов'язковим визначенням серцевих ферментів (АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК тощо);

5.1.4.3. результати електрокардіографії та ехокардіографії з висновками профільних лікарів в динаміці захворювання;

5.1.5. у разі настання страхового випадку, зазначеного у пункті 2.2.3 цієї програми (інсульт):

5.1.5.1. виписний епікриз з історії хвороби;

5.1.5.2. результати даних комп'ютерної або магнітно-резонансної томографії головного мозку, що підтверджують встановлений діагноз;

5.1.5.3. висновок лікаря-невролога про огляд, проведений не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня встановлення заключного діагнозу, з описом наявної неврологічної симптоматики;

5.1.6. у разі настання страхового випадку, зазначеного у пункті 2.2.4 цієї програми (хірургічна операція на відкритому серці (аортокоронарне шунтування):

5.1.6.1. виписний епікриз з медичної карти стаціонарного хворого із зазначенням проведеного хірургічного втручання;

5.1.6.2. висновки коронарної ангіографії;

5.1.6.3. результати обстеження за допомогою інструментальних методів дослідження, проведені після операції;

5.1.7. у разі настання страхового випадку, зазначеного у пункті 2.2.5 цієї програми (трансплантація життєво важливих органів):

5.1.7.1. виписний епікриз з медичної карти стаціонарного хворого із зазначенням проведеного хірургічного втручання;

5.1.7.2. результати обстеження життєво важливого органу за допомогою інструментальних методів дослідження до та після операції;

5.1.7.3. висновок профільного лікаря про встановлення заключного діагнозу;

5.1.8. у разі настання страхового випадку, зазначеного у пункті 2.2.6 цієї програми (ниркова недостатність в термінальній стадії):

5.1.8.1. виписний епікриз з історії хвороби;

5.1.8.2. висновок лікаря-нефролога чи уролога про встановлення заключного діагнозу.

5.2. Документи, зазначені у пункті 5.1 цієї програми, повинні бути оформлені відповідно до вимог, визначених у розділі 11 Правил, та надані Страховику не пізніше ніж через 60 (шістдесят) календарних днів з дня їх видачі компетентними органами.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Строк дії цієї програми визначається за згодою Сторін, але не може перевищувати строку дії програми основного страхування.

6.2. Програма діє на території усього світу, якщо інше не передбачено Договором.

7. ІНШІ УМОВИ

7.1. Інші умови страхування за цією програмою визначаються Правилами, якщо інше не передбачено Договором.

Додаток № 2.2.3 до Правил добровільного страхування життя № 01-2 (нова редакція) з відповідними змінами

ПРОГРАМА ДОДАТКОВОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ НА ВИПАДОК ВСТАНОВЛЕННЯ ІНВАЛІДНОСТІ І АБО II АБО III ГРУПИ В РЕЗУЛЬТАТІ НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ (904)

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

1.1. Застрахованими особами згідно з цією програмою можуть бути фізичні особи віком, якщо інше не передбачено Договором:

1.1.1. на дату початку дії програми з 18 років до 70 років включно;

1.1.2. на дату закінчення дії програми 75 років.

1.2. Ця програма діє виключно за умови укладення Договору за програмою основного страхування, що передбачає ризик смерті Застрахованої особи протягом всього строку дії Договору, якщо інше не передбачено Договором.

2. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

2.1. Страховим ризиком за цією програмою, якщо інше не передбачено Договором, є нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою в період дії цієї програми.

2.2. Страховим випадком за цією програмою є встановлення в період дії цієї програми Застрахованій особі інвалідності I або II або III групи в результаті нещасного випадку, що трапився в період дії цієї програми.

Інвалідність Застрахованої особи, встановлена протягом року з дати настання нещасного випадку, що стався в період дії цієї програми та призвів до встановлення інвалідності I або II або III групи, Страховик також визнає як страховий випадок.

3. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ



3.1. Не вважається страховим випадок, зазначений у пункті 2.2 цієї програми, що стався внаслідок та/або в результаті подій, визначених у пунктах 5.1.2 – 5.1.5, 5.2.1 Правил, якщо інше не передбачено Договором.

3.2. Додатково до переліку осіб, визначених п. 3.3 Правил, Страховик залишає за собою право, якщо інше не передбачено Договором, відмовити Страховальнику в укладенні Договору за цією програмою у випадку, коли особа, про страхування якої укладається Договір, на дату його укладення є інвалідом II або III групи.

4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

4.1. Величина гарантованого інвестиційного доходу, яка застосовується для розрахунку страхового тарифу за цією програмою, складає 0 (нуль) відсотків річних.

4.2. Періодичність і порядок сплати страхових внесків за цією програмою встановлюється відповідно до періодичності і порядку сплати страхових внесків за програмою основного страхування. Сплата страхових внесків за програмами основного та додаткового страхування здійснюється одночасно.

4.3. Страхова сума фіксована.

4.4. Страхова виплата у разі настання страхового випадку здійснюється у зазначених нижче розмірах від страхової суми, встановленої в Договорі для цієї програми, якщо інше не передбачено Договором:

4.4.1. в разі встановлення інвалідності I групи - 100% страхової суми;

4.4.2. в разі встановлення інвалідності II групи - 80% страхової суми;

4.4.3. в разі встановлення інвалідності III групи - 60% страхової суми.

Виплата проводиться незалежно від страхових виплат, здійснених за іншими програмами страхування, що входять до складу Договору, якщо інше не передбачено Договором.

5. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

5.1. Для отримання страхової виплати Вигодонабувач протягом визначеного пунктом 8.1.3 Правил періоду повинен надати Страховику належним чином оформлені та засвідчені документи загального характеру та документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку, а саме:

5.1.1. документи, зазначені у пункті 11.4 Правил;

5.1.2. документи, зазначені у пункті 11.8 Правил;

5.1.3. документи, зазначені у пункті 11.9.1, 11.9.2.1 – 11.9.2.2 Правил.

5.2. Документи, зазначені у пункті 5.1 цієї програми, повинні бути оформлені відповідно до вимог, визначених у розділі 11 Правил.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Строк дії цієї програми визначається за згодою Сторін, але не може перевищувати строку дії програми основного страхування.

6.2. Програма діє на території усього світу, якщо інше не передбачено Договором.

7. ІНШІ УМОВИ

7.1. Інші умови страхування за цією програмою визначаються Правилами, якщо інше не передбачено Договором.

Додаток № 2.4.1

до Правил добровільного страхування життя № 01-2 (нова редакція) з відповідними змінами

ПРОГРАМА ДОДАТКОВОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ НА ВИПАДОК ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ ТА/АБО ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ В РЕЗУЛЬТАТІ НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ (905)

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

1.1. Застрахованими особами згідно з цією програмою можуть бути фізичні особи віком, якщо інше не передбачено Договором:

1.1.1. на дату початку дії програми від народження до 70 років включно;

1.1.2. на дату закінчення дії програми 75 років.

1.2. Ця програма діє виключно за умови укладення Договору за програмою основного страхування, що передбачає ризик смерті Застрахованої особи протягом всього строку дії Договору, якщо інше не передбачено Договором.

2. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

2.1. Страховим ризиком за цією програмою, якщо інше не передбачено Договором, є нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою в період дії цієї програми.

2.2. Страховим випадком за цією програмою є травматичні uszkodження та/або функціональні розлади у Застрахованої особи, які сталися в період дії цієї програми, в результаті нещасного випадку, що трапився в період дії цієї програми.

3. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

3.1. Не вважається страховим випадок, зазначений у пункті 2.2 цієї програми, що стався внаслідок та/або в результаті подій, визначених у пунктах 5.1.2 – 5.1.5, 5.2.1 Правил, якщо інше не передбачено Договором.

4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

4.1. Величина гарантованого інвестиційного доходу, яка застосовується для розрахунку страхового тарифу за цією програмою, складає 0 (нуль) відсотків річних.

4.2. Періодичність і порядок сплати страхових внесків за цією програмою встановлюється відповідно до періодичності і порядку сплати страхових внесків за програмою основного страхування. Сплата страхових внесків за програмами основного та додаткового страхування здійснюється одночасно.

4.3. Страхова сума фіксована.

4.4. Страхова виплата у разі настання страхового випадку здійснюється на умовах «Таблиці № 1 розмірів страхових виплат у разі травматичних uszkodжень та/або

функціональних розладів», яка є невід'ємною частиною Правил, та у зазначеному у цій Таблиці розмірі – у відсотках від страхової суми, встановленої у Договорі для цієї програми, якщо інше не передбачено Договором. Виплата проводиться незалежно від страхових виплат, здійснених за іншими програмами страхування, що входять до складу Договору, якщо інше не передбачено Договором.

4.5. Страхові виплати за цією програмою здійснюються за кожним страховим випадком, але в сукупності протягом кожного страхового року не можуть перевищувати 100% страхової суми, встановленої в Договорі для цієї програми, якщо інше не передбачено Договором.

5. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

5.1. Для отримання страхової виплати Вигодонабувач протягом визначеного пунктом 8.1.3 Правил періоду повинен надати Страховику належним чином оформлені та засвідчені документи загального характеру та документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку, а саме:

5.1.1. документи, зазначені у пункті 11.4 Правил;

5.1.2. документи, зазначені у пункті 11.8 Правил;

5.1.3. документи, зазначені у пункті 11.9.1, 11.9.2.1, 11.9.2.3, 11.9.2.4 Правил;

5.1.4. копію листка непрацездатності встановленого зразка, засвідчену підприємством-працедавцем як така, що відповідає оригіналу (із зазначенням дати, прізвища, посади, підпису відповідальної особи, печатки підприємства); для непрацюючих – довідку (про тимчасову непрацездатність), засвідчену підписом відповідальної особи та скріплену печаткою закладу охорони здоров'я.

5.2. Документи, зазначені у пункті 5.1 цієї програми, повинні бути оформлені відповідно до вимог, визначених у розділі 11 Правил.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Строк дії цієї програми визначається за згодою Сторін, але не може перевищувати строку дії програми основного страхування.

6.2. Програма діє на території усього світу, якщо інше не передбачено Договором.

7. ІНШІ УМОВИ

7.1. Інші умови страхування за цією програмою визначаються Правилами, якщо інше не передбачено Договором.

Додаток № 2.9.1 до Правил добровільного страхування життя № 01-2 (нова редакція) з відповідними змінами

ПРОГРАМА ДОДАТКОВОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ НА ВИПАДОК СМЕРТІ СТРАХУВАЛЬНИКА З БУДЬ-ЯКОЇ ПРИЧИНИ, НАСЛІДКОМ ЧОГО Є ЗВІЛЬНЕННЯ СТРАХУВАЛЬНИКА ВІД СПЛАТИ СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ ЗА ОСНОВНИМ СТРАХУВАННЯМ (908)

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

1.1. Застрахованими особами згідно з цією програмою можуть бути фізичні особи-Страховальники, віком, якщо інше не передбачено Договором:

1.1.1. на дату початку дії програми з 18 років до 65 років включно;

1.1.2. на дату закінчення дії програми 66 років.

1.2. У разі включення цієї програми до Договору Страховальник за Договором одночасно вважається Застрахованою особою за цією програмою, тобто, на нього поширюються всі положення Правил щодо Застрахованої особи в межах цієї програми додаткового страхування.

1.3. За умовами цієї програми Застрахована особа за іншими програмами, що входять до складу Договору, та Страховальник повинні бути різними особами.

1.4. У разі зміни Страховальника за Договором, не пов'язаної зі смертю Страховальника, право на звільнення від сплати страхових внесків втрачається з моменту проведення такої зміни.

1.5. Ця програма діє виключно за умови укладення Договору за програмою основного страхування, що передбачає ризик смерті Застрахованої особи протягом всього строку дії Договору, якщо інше не передбачено Договором.

2. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

2.1. Страховими ризиками за цією програмою, якщо інше не передбачено Договором, є:

2.1.1. смерть Застрахованої особи, яка настала в період дії цієї програми;

2.1.2. нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою в період дії цієї програми;

2.1.3. хвороба Застрахованої особи в період дії цієї програми.

2.2. Страховим випадком за цією програмою є смерть Страховальника з будь-якої причини (тобто, внаслідок нещасного випадку та/або хвороби, які сталися в період дії цієї програми), яка настала у період дії цієї програми, наслідком чого є звільнення Страховальника від сплати страхових внесків за основним страхуванням.

3. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

3.1. Не вважається страховим випадок, зазначений у пункті 2.2 цієї програми, що стався внаслідок та/або в результаті подій, визначених у пункті 5.1 Правил, якщо інше не передбачено Договором.

4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

4.1. Величина гарантованого інвестиційного доходу, яка застосовується для розрахунку страхового тарифу за цією програмою, зазначається у Договорі.

4.2. Періодичність і порядок сплати страхових внесків за цією програмою встановлюється відповідно до періодичності і порядку сплати страхових внесків за програмою основного страхування. Сплата страхових внесків за програмами основного та додаткового страхування здійснюється одночасно.

4.3. У разі настання страхового випадку Страховальник звільняється від подаль-



шої сплати страхових внесків за основним страхуванням до закінчення строку дії цієї програми.

4.4. У разі звільнення Страхувальника від сплати страхових внесків за основним страхуванням дія іншого додаткового страхування припиняється з першого дня такого звільнення.

4.5. Випадок, зазначений у п. 2.2 цієї програми, визнається страховим, та страхова виплата проводиться у разі, якщо виконуються вимоги щодо періоду очікування, встановленого для цієї програми, а саме, період очікування становить 180 (сто вісімдесят) календарних днів та застосовується у таких випадках:

4.5.1. з дня початку та/або поновлення дії цієї програми. Випадок, що стався із Страхувальником в такому періоді очікування не визнається страховим, звільнення від подальшої сплати страхових внесків за основним страхуванням не проводиться;

4.5.2. з дня збільшення розміру страхової суми та страхового внеску за основним страхуванням (крім збільшення, запропонованого Страховиком). У разі настання страхового випадку протягом зазначеного періоду очікування Страховик в односторонньому порядку зменшує розміри страхової суми та страхового внеску за основним страхуванням до таких, що були встановлені у Договорі до проведення такого збільшення, та проводить звільнення Страхувальника від подальшої сплати страхових внесків за основним страхуванням у обсязі, що діяв до проведення збільшення. Період очікування не застосовується у разі, якщо смерть Страхувальника сталася у результаті нещасного випадку, що трапився протягом періоду очікування.

5. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

5.1. Для отримання страхової виплати Вигодонабувач протягом визначеного пунктом 8.1.3 Правил періоду повинен надати Страховику належним чином оформлені та засвідчені документи загального характеру та документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку, а саме:

5.1.1. документи, зазначені у пункті 11.4 Правил;

5.1.2. документи, зазначені у пункті 11.7 Правил;

5.1.3. документи, зазначені у пункті 11.8 Правил – у разі, якщо настання страхового випадку пов'язане з настанням нещасного випадку.

5.2. Документи, зазначені у пункті 5.1 цієї програми, повинні бути оформлені відповідно до вимог, визначених у розділі 11 Правил.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Строк дії цієї програми визначається за згодою Сторін, але не може перевищувати строку дії програми основного страхування.

6.2. Програма діє на території усього світу, якщо інше не передбачено Договором.

7. ІНШІ УМОВИ

7.1. Інші умови страхування за цією програмою визначаються Правилами, якщо інше не передбачено Договором.

Додаток № 2.9.3 до Правил добровільного страхування життя № 01-2 (нова редакція) з відповідними змінами

ПРОГРАМА ДОДАТКОВОГО СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ НА ВИПАДОК ВСТАНОВЛЕННЯ СТРАХУВАЛЬНИКУ ІНВАЛІДНОСТІ І АБО ІІ ГРУПИ З БУДЬ-ЯКОЇ ПРИЧИНИ, НАСЛІДКОМ ЧОГО Є ЗВІЛЬНЕННЯ СТРАХУВАЛЬНИКА ВІД СПЛАТИ СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ ЗА ОСНОВНИМ СТРАХУВАННЯМ (909)

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

1.1. Застрахованими особами згідно з цією програмою можуть бути фізичні особи-Страхувальники, віком, якщо інше не передбачено Договором:

1.1.1. на дату початку дії програми з 18 років до 65 років включно;

1.1.2. на дату закінчення дії програми 66 років.

1.2. У разі включення цієї програми до Договору Страхувальник за Договором одночасно вважається Застрахованою особою за цією програмою, тобто, на нього поширюються всі положення Правил щодо Застрахованої особи в межах цієї програми додаткового страхування.

1.3. У разі зміни Страхувальника за Договором право на звільнення від сплати страхових внесків втрачається з моменту проведення такої зміни.

1.4. Ця програма діє виключно за умови укладення Договору за програмою основного страхування, що передбачає ризик смерті Застрахованої особи протягом всього строку дії Договору, якщо інше не передбачено Договором.

2. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

2.1. Страховими ризиками за цією програмою, якщо інше не передбачено Договором є:

2.1.1. нещасний випадок, що стався із Страхувальником в період дії цієї програми;

2.1.2. хвороба Страхувальника в період дії цієї програми.

2.2. Страховим випадком за цією програмою є встановлення в період дії цієї програми Страхувальнику інвалідності I або II групи з будь-якої причини (тобто, внаслідок нещасного випадку та/або хвороби, які сталися в період дії цієї програми), наслідком чого є звільнення Страхувальника від сплати страхових внесків за основним страхуванням.

3. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

3.1. Не вважається страховим випадок, зазначений у пункті 2.2 цієї програми, що стався внаслідок та/або в результаті подій, визначених у пунктах 5.1.2 – 5.1.5, 5.2.1, 5.2.5 Правил, якщо інше не передбачено Договором.

3.2. Додатково до переліку осіб, визначених п. 3.3 Правил, Страховик залишає за собою право, якщо інше не передбачено Договором, відмовити Страхувальнику в укладенні Договору за цією програмою у випадку, коли Страхувальник є інвалідом II або III групи.

4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПАТ

4.1. Величина гарантованого інвестиційного доходу, яка застосовується для розрахунку страхового тарифу за цією програмою, зазначається у Договорі.

4.2. Періодичність і порядок сплати страхових внесків за цією програмою встановлюється відповідно до періодичності і порядку сплати страхових внесків за програмою основного страхування. Сплата страхових внесків за програмами основного та додаткового страхування здійснюється одночасно.

4.3. У разі настання страхового випадку Страхувальник звільняється від подальшої сплати страхових внесків за основним страхуванням до закінчення дії цієї програми або до закінчення строку встановлення інвалідності, або до перегляду групи інвалідності в разі, якщо після такого перегляду вона не буде відповідати I або II групі.

4.4. У разі звільнення Страхувальника від сплати страхових внесків за основним страхуванням дія іншого додаткового страхування (окрім програм, що передбачають звільнення Страхувальника від сплати внесків) припиняється з першого дня такого звільнення.

4.5. Випадок, зазначений у п. 2.2 цієї програми, визнається страховим, та страхова виплата проводиться у разі, якщо виконуються вимоги щодо періоду очікування, встановленого для цієї програми, а саме, період очікування становить 180 (сто вісімдесят) календарних днів та застосовується у таких випадках:

4.5.1. з дня початку та/або поновлення дії цієї програми. Випадок, що стався із Страхувальником в такому періоді очікування не визнається страховим, звільнення від подальшої сплати страхових внесків за основним страхуванням не проводиться;

4.5.2. з дня збільшення розміру страхової суми за основним страхуванням (крім збільшення, запропонованого Страховиком). У разі настання страхового випадку протягом зазначеного періоду очікування Страховик в односторонньому порядку зменшує розміри страхової суми та страхового внеску за основним страхуванням до таких, що були встановлені у Договорі до проведення такого збільшення, та проводить звільнення Страхувальника від подальшої сплати страхових внесків за основним страхуванням у обсязі, що діяв до проведення збільшення. Період очікування не застосовується у разі, якщо інвалідність I або II групи встановлена Страхувальнику в результаті нещасного випадку, що трапився протягом періоду очікування.

5. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

5.1. Для отримання страхової виплати Вигодонабувач протягом визначеного пунктом 8.1.3 Правил періоду повинен надати Страховику належним чином оформлені та засвідчені документи загального характеру та документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку, а саме:

5.1.1. документи, зазначені у пункті 11.4 Правил;

5.1.2. документи, зазначені у пункті 11.8 Правил – у разі, якщо настання страхового випадку пов'язане з настанням нещасного випадку;

5.1.3. документи, зазначені у пункті 11.9.1, 11.9.2.1 – 11.9.2.2 Правил.

5.2. Документи, зазначені у пункті 5.1 цієї програми, повинні бути оформлені відповідно до вимог, визначених у розділі 11 Правил.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Строк дії цієї програми визначається за згодою Сторін, але не може перевищувати строку дії програми основного страхування.

6.2. Програма діє на території усього світу, якщо інше не передбачено Договором.

7. ІНШІ УМОВИ

7.1. Інші умови страхування за цією програмою визначаються Правилами, якщо інше не передбачено Договором.

ТАБЛИЦЯ № 1

РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ У РАЗІ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ ТА/АБО ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ

Стаття	ХАРАКТЕР УШКОДЖЕННЯ	Розмір виплати, % від страхової суми
КІСТКИ ЧЕРЕПА, НЕРВОВА СИСТЕМА		
1	ПЕРЕЛОМ КІСТОК ЧЕРЕПА:	
	а) зовнішньої пластинки кісток склепіння	5
	б) склепіння	15
	в) основи	20
	г) склепіння і основи	25
2	ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНІ ТРАВМАТИЧНІ ГЕМАТОМИ:	
	а) епідуральна	10
	б) субдуральна, внутрішньомозкова	15
	в) епідуральна і субдуральна (внутрішньомозкова)	20
3	УШКОДЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ:	
	а) струс головного мозку при терміні лікування від 5 до 13 днів включно	2
	б) струс головного мозку при терміні лікування 14 і більше днів	5
	в) забій головного мозку, субарахноїдальний крововилив	10
	г) не вилучені сторонні тіла порожнини черепа (за винятком шовного і пластичного матеріалу)	15
	д) розтрощення речовини головного мозку (без вказівки симптоматики)	30
ПРИМІТКИ:		
1. Страхова виплата по статті 3 здійснюється тільки в разі перебування хворого на безперервному цілодобовому стаціонарному лікуванні та при наявності висновку лікаря-невролога та даних енцефалограми або результатів іншого інструментального обстеження, проведеного для уточнення діагнозу.		
2. Якщо в зв'язку з черепно-мозковою травмою проводилися оперативні втручання на кістках черепа, головному мозку і його оболонках, додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.		
3. Якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження, перераховані в будь-якому пункті статті 1, 2 чи 3, страхова виплата здійснюється одноразово по одному пункту відповідної статті, що передбачає найбільш важке ушкодження. При ушкодженнях, зазначених у різних статтях, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування.		
4	УШКОДЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ (ТРАВМАТИЧНЕ, ТОКСИЧНЕ, ГІПОКСИЧНЕ), ЩО ПРИЗВЕЛО ДО ВИНИКНЕННЯ:	
	а) верхнього або нижнього монопарезу (парезу однієї верхньої або нижньої кінцівки)	30
	б) гемі- або парапарезу (парезу обох верхніх або обох нижніх кінцівок, парезу правих або лівих кінцівок), амнезії (втрати пам'яті)	40
	в) моноплегії (паралічу однієї кінцівки)	60
	г) тетрапарезу (парезу верхніх і нижніх кінцівок), порушення координації рухів, деменції	70
	д) гемі-, пара- або тетраплегії, афазії (втрати мови), декортикації, порушення функції тазових органів, а саме нетримання чи затримка сечі, порушення акта дефекації	100
ПРИМІТКИ:		
1. Страхова виплата в зв'язку з наслідками травми нервової системи, зазначеними в статті 4, здійснюється одноразово по одному з пунктів цієї статті, що передбачає найбільш важкі наслідки травми, у тому випадку, якщо вони встановлені закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 3 (три) місяці із дня травми і підтверджені документально. При цьому страхова виплата проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої відповідно до статей 1, 2, 3, 5, 6, що призвели до ураження нервової системи. Загальна сума виплат не може перевищувати 100% страхової суми.		
2. При зниженні гостроти зору або зниженні слуху в результаті черепно-мозкової травми страхова виплата здійснюється по відповідних статтях шляхом підсумовування.		
5	ПЕРИФЕРИЧНЕ УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО АБО ДЕКІЛЬКОХ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ НЕРВІВ	10
ПРИМІТКА: якщо ушкодження черепно-мозкових нервів сталося при переломі основи черепа, страхова виплата здійснюється по статті 1; стаття 5 при цьому не застосовується.		
6	УШКОДЖЕННЯ СПИННОГО МОЗКУ НА БУДЬ-ЯКОМУ РІВНІ, КІНСЬКОГО ХВОСТА, ПОЛІОМІЄЛІТ, БЕЗ ВКАЗІВКИ СИМПТОМІВ:	
	а) забій	10
	б) здавлювання, гематомієлія, поліомієліт	30
	в) частковий розрив	50
	г) повний розрив спинного мозку	100
ПРИМІТКИ:		
1. Якщо страхова виплата була здійснена по пунктах «а», «б», «в» статті 6, але надалі виникли ускладнення, перераховані в статті 4 і підтверджені довідкою закладу охорони здоров'я, страхова виплата по статті 4 здійснюється додатково до виплаченої раніше.		
2. Якщо в зв'язку з травмою хребта і спинного мозку проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.		
7	ТРАВМАТИЧНІ НЕВРИТИ НА ОДНІЙ КІНЦІВЦІ (ЗА ВИНЯТКОМ НЕВРИТІВ ПАЛЬЦЕВИХ НЕРВІВ)	5
8	УШКОДЖЕННЯ (РОЗРИВ, ПОРАНЕННЯ) ШИЙНОГО, ПЛЕЧОВОГО, ПОПЕРЕКОВОГО, КРИЖОВОГО СПЛЕТЕНЬ	
	а) травматичний плексит	10
	б) частковий розрив сплетення	40
	в) розрив сплетення	70
ПРИМІТКИ:		
1. Статті 7 і 8 одночасно не застосовуються.		
2. Невралгії, невротатії, що виникли в зв'язку з травмою, не є підставою для здійснення страхової виплати.		
9	ПОВНИЙ РОЗРИВ НЕРВІВ:	
	а) гілка променевого, ліктьового, серединного (пальцевих нервів) на кисті	5
	б) одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променево-зап'ясткового суглоба і передпліччя; малогомілкового або великогомілкового	10
	в) двох і більше: променевого, ліктьового, серединного на рівні променево-зап'ясткового суглоба і передпліччя; малогомілкового і великогомілкового нервів	20
	г) одного: пахового, променевого, ліктьового, серединного – на рівні ліктьового суглоба і плеча, сідничного або стегнового	25
	д) двох і більше: пахового, променевого, ліктьового, серединного – на рівні ліктьового суглоба і плеча, сідничного і стегнового	40
ОРГАНИ ЗОРУ		
10	ПАРАЛІЧ АКОМОДАЦІЇ ОДНОГО ОКА	15
11	ГЕМІАНОПСІЯ (ВИПАДІННЯ ПОЛОВИНИ ПОЛЯ ЗОРУ ОДНОГО ОКА), УШКОДЖЕННЯ М'ЯЗІВ ОЧНОГО ЯБЛУКА (ТРАВМАТИЧНА КОСООКІСТЬ, ПТОЗ, ДИПЛОПІЯ)	15
12	ЗВУЖЕННЯ ПОЛЯ ЗОРУ ОДНОГО ОКА:	
	а) неконцентричне	10
	б) концентричне	15
13	ПУЛЬСУЮЧИЙ ЕКЗОФТАЛЬМ ОДНОГО ОКА	10
14	УШКОДЖЕННЯ ОКА, ЩО НЕ ПРИЗВЕЛО ДО ЗНИЖЕННЯ ГОСТРОТИ ЗОРУ:	
	а) непроникаюче поранення очного яблука, гіфема	2
	б) проникаюче поранення очного яблука, опіки II, III ступеня, гемофтальм	5

Стаття	ХАРАКТЕР УШКОДЖЕННЯ	Розмір виплати, % від страхової суми
--------	---------------------	--------------------------------------

ПРИМІТКИ:

- Опіки ока без зазначення ступеня опіку, а також опіки ока I ступеня, що не призвели до патологічних змін, не є підставою для здійснення страхової виплати.
- Якщо ушкодження, перераховані в статті 14, спричиняють зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється у відповідності до статті 20; стаття 14 при цьому не застосовується. Якщо ж у зв'язку з пошкодженням очного яблука проводились виплати згідно із статтею 14, але травма в подальшому ускладнилась зниженням гостроти зору, і це є підставою для здійснення страхової виплати у більшому розмірі, проведена раніше страхова виплата вираховується.
- Поверхневі сторонні тіла на оболонках ока не є підставою для здійснення страхової виплати.

15	УШКОДЖЕННЯ СЛЬОЗОВИДІЛЬНИХ ШЛЯХІВ ОДНОГО ОКА:	
	а) що не спричинило порушення функцій сльозовидільних шляхів	5
	б) що спричинило порушення функцій сльозовидільних шляхів	10

16	НАСЛІДКИ ТРАВМИ ОКА:	
	дефект райдужної оболонки, зміщення кришталика, зміна форми зіниці, трихіаз (неправильний ріст вій), заворот віка, невилучені сторонні тіла в очному яблуці і тканинах очної ямки, рубці оболонок очного яблука і віка (за винятком шкіри)	10

ПРИМІТКИ:

- Якщо в результаті однієї травми сталося кілька патологічних змін, перерахованих у статті 16, страхова виплата здійснюється одноразово, підсумування не відбувається.
- Якщо лікар-окуліст не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня травми ока установить патологічні зміни, перераховані в статтях 10, 11, 12, 13, 15 (пункт «б»), 16 і зниження гостроти зору, страхова виплата здійснюється з урахуванням усіх наслідків шляхом підсумування, але не більш ніж 50% за одне око.

17	УШКОДЖЕННЯ ОКА (ОДНОГО ЧИ ДВОХ), ЩО СПРИЧИНИЛО ПОВНУ ВТРАТУ ЗОРУ ОДНОГО ОКА АБО ОБОХ ОЧЕЙ, ЩО ВОЛОДІЛИ ЗОРОМ НЕ НИЖЧЕ 0,01	100
18	ВИДАЛЕННЯ В РЕЗУЛЬТАТІ ТРАВМИ ОЧНОГО ЯБЛУКА СЛІПОГО ОКА	10
19	ПЕРЕЛОМ ОРБИТИ	10
20	ЗНИЖЕННЯ ГОСТРОТИ ЗОРУ (ДИВ. ДОПОВНЕННЯ № 1 ДО ЦЬОЇ ТАБЛИЦІ)	

ПРИМІТКИ:

- Страхова виплата по статті 20 здійснюється додатково до страхової виплати, проведеної раніше в період дії договору страхування в зв'язку з травмою органів зору виключно у разі, якщо зниження гостроти зору є прямим наслідком цієї травми.
- Рішення про страхову виплату в зв'язку зі зниженням гостроти зору, що сталося в результаті травми, приймається після закінчення лікування, але не раніше ніж через 3 (три) місяці із дня травми. Після закінчення цього терміну Застрахована особа направляє до лікаря-окуліста для визначення гостроти зору обох очей (без врахування корекції) і інших наслідків перенесеного ушкодження.
- Якщо дані про гостроту зору ушкодженого ока до травми відсутні, то вважається, що вона була такою, як у неушкодженого. Однак, якщо гострота зору непошкодженого ока виявиться нижчою, ніж пошкодженого, вважається, що гострота зору ушкодженого ока дорівнювала 1,0.
- Якщо в результаті травми були ушкоджені обидва ока і дані про гостроту зору до травми відсутні, вважається, що гострота зору їх складала 1,0.
- Якщо в зв'язку з післятравматичним зниженням гостроти зору був імплантований штучний кришталик або застосована лінза, що коригує, страхова виплата здійснюється з урахуванням гостроти зору до операції.

ОРГАНИ СЛУХУ

21	УШКОДЖЕННЯ ВУШНОЇ РАКОВИНИ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
	а) перелом хряща	2
	б) відсутність до 1/3 частини вухної раковини	5
	в) відсутність 1/3-1/2 частини вухної раковини	10
	г) відсутність більше ніж 1/2 частини вухної раковини	30

ПРИМІТКА: рішення про здійснення страхової виплати по пунктах «б», «в», «г» статті 21 приймається на підставі даних огляду, проведеного після загоєння ран. Якщо страхова виплата здійснена по статті 21, то стаття 56 не застосовується.

22	УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО ВУХА, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ ЗНИЖЕННЯ СЛУХУ:	
	а) шепітна мова на відстані від 1м до 3 м	5
	б) шепітна мова - до 1 м	15
	в) повна глухота (розмовна мова – 0)	25

ПРИМІТКА: рішення про здійснення страхової виплати в зв'язку зі зниженням слуху у результаті травми приймається після закінчення лікування, але не раніше ніж через 3 (три) місяці із дня травми. Після закінчення цього терміну Застрахована особа направляє до лікаря-отоларинголога для визначення наслідків перенесеного ушкодження. У таких випадках попередньо може бути здійснена страхова виплата з урахуванням факту травми по статті 23, пункту «а» статті 24 (якщо на це є підстави).

23	РОЗРИВ ОДНІЄЇ БАРАБАННОЇ ПЕРЕТИНКИ, ЩО СТАВСЯ У РЕЗУЛЬТАТІ ТРАВМИ, І ЯКИЙ НЕ СПРИЧИНИВ ЗНИЖЕННЯ СЛУХУ	2
-----------	--	---

ПРИМІТКИ:

- Якщо в результаті травми відбувся розрив барабанної перетинки і встановлено зниження слуху, страхова виплата проводиться по статті 22; стаття 23 при цьому не застосовується.
- Якщо розрив барабанної перетинки відбувся в результаті перелому основи черепа (середня черепна ямка), стаття 23 не застосовується.

24	УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО ВУХА, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ ОТИТ:	
	а) гострий	1
	б) хронічний	3

ПРИМІТКА: страхова виплата по пункту «б» статті 24 здійснюється додатково в тому випадку, якщо ускладнення травми встановлено лікарем-отоларингологом не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня травми. Раніше цього терміну страхова виплата здійснюється з урахуванням факту травми по відповідній статті.

ДИХАЛЬНА СИСТЕМА

25	А) ПЕРЕЛОМ БЕЗ ЗМІЩЕННЯ, ВИВИХ КІСТОК, ХРЯЩА НОСА	2
	Б) ПЕРЕЛОМ ПЕРЕДНЬОЇ СТІНКИ ЛОБОВОЇ, ГАЙМОРОВОЇ ПАЗУХИ, ҐРАТЧАСТОЇ КІСТКИ, КІСТОК НОСА ЗІ ЗМІЩЕННЯМ	5

ПРИМІТКИ:

- Якщо в зв'язку з переломом, вивихом кісток, хряща носа сталася його деформація і це підтверджено довідкою закладу охорони здоров'я і результатами огляду, страхова виплата проводиться по статтях 25 і 56 (якщо є підстави для застосування цих статей) шляхом підсумування.
- У разі ушкодження одночасно кількох кісток, перерахованих у пункті «б» статті 25, виплата проводиться як одноразово у визначеному у цьому підпункті розмірі, підсумування не відбувається.

26	УШКОДЖЕННЯ ЛЕГЕНІВ, ПІДШКІРНА ЕМФІЗЕМА, ГЕМОТОРАКС, ПНЕВМОТОРАКС, ПНЕВМОНІЯ, ЕКСУДАТИВНИЙ ПЛЕВРИТ, СТОРОННЄ ТІЛО (ТІЛА) ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ:	
	а) з однієї сторони	5
	б) із двох сторін	10

ПРИМІТКИ:

- Пневмонія, що розвилася в період лікування травми або після оперативного втручання, зробленого з приводу травми (за винятком ушкоджень грудної клітки й органів грудної порожнини), не є підставою для здійснення страхової виплати.
- Якщо переломи ребер, грудини спричинили ускладнення, передбачені статтею 26, страхова виплата по цій статті виплачується додатково до статей 28 та 29.

27	УШКОДЖЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ І ЇЇ ОРГАНІВ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
	а) легеневу недостатність (яка виникла не раніше ніж через 3 (три) місяці із дня травми)	10
	б) видалення частки, частини легень	40
	в) видалення однієї легені	60

ПРИМІТКА: при здійсненні страхової виплати по пунктах «б» або «в» статті 27, пункт «а» статті 27 не застосовується.

28	ПЕРЕЛОМ ГРУДИНИ	5
29	ПЕРЕЛОМ КОЖНОГО РЕБРА	3

ПРИМІТКИ:

- При переломі ребер під час реанімаційних заходів страхова виплата здійснюється на загальних підставах.
- Перелом хрящової частини ребра є підставою для здійснення страхової виплати тільки в разі його підтвердження інструментальними методами дослідження (УЗД, КТ, МРТ).
- Якщо в довідках, отриманих з різних закладів охорони здоров'я, буде зазначена різна кількість ушкоджених ребер, страхова виплата здійснюється з урахуванням більшого числа ребер.

30	ПРОНИКАЮЧЕ ПОРАНЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ, ТОРАКОСКОПІЯ, ТОРАКОЦЕНТЕЗ, ТОРАКОТОМІЯ, ВИКОНАНІ В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ:	
	а) торакоскопія, торакоцентез, проникаюче поранення без ушкодження органів грудної порожнини, що не потребує проведення торакотомії	5
	б) торакотомія при відсутності ушкодження органів грудної порожнини	10
	в) торакотомія при ушкодженні органів грудної порожнини	15
	г) повторні торакотомії (незалежно від їхньої кількості)	10



Стаття	ХАРАКТЕР УШКОДЖЕННЯ	Розмір виплати, % від страхової суми
--------	---------------------	--------------------------------------

ПРИМІТКИ:
1. Якщо в зв'язку з ушкодженням грудної клітки і її органів було проведене видалення легень або їх частин, страхова виплата здійснюється у відповідності із статтею 27; стаття 30 при цьому не застосовується.
2. Статті 30 і 26 одночасно не застосовуються.
3. Якщо в зв'язку з травмою грудної порожнини проводилися торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, страхова виплата здійснюється з врахуванням найбільш складного втручання одноразово.

31	УШКОДЖЕННЯ ГОРТАНІ, ТРАХЕЇ, ЩИТОВИДНОГО ХРЯЩА, ПЕРЕЛОМ ПІД'ЯЗИЧНОЇ КІСТКИ, ОПІК ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ, ЯКІ НЕ СПРИЧИНИЛИ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ	5
----	--	---

ПРИМІТКА: якщо в зв'язку з травмою проводилася бронхоскопія, трахеостомія (трахеотомія), додатково виплачується 5% страхової суми.

32	УШКОДЖЕННЯ ГОРТАНІ, ТРАХЕЇ, ПІД'ЯЗИЧНОЇ КІСТКИ, ЩИТОВИДНОГО ХРЯЩА, ТРАХЕОСТОМІЯ, ЗРОБЛЕНА В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
	а) охриплість або втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менш ніж 3 (трьох) місяців з дня травми	10
	б) втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менш ніж 6 (шести) місяців з дня травми	20

ПРИМІТКИ:
1. Страхова виплата по статті 32 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою по статті 31.
2. Якщо у зв'язку з пошкодженням трахеї, гортані, під'язичкової кістки, щитовидного хряща, трахеостомією проводились страхові виплати згідно з пунктом «а» статті 32, але травма в подальшому ускладнилась і це є підставою для здійснення страхової виплати по пункту «б» статті 32, проведена раніше страхова виплата по пункту «а» статті 32 вираховується.

СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА

33	УШКОДЖЕННЯ СЕРЦЯ, ЙОГО ОБОЛОНОК І ВЕЛИКИХ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН, ЯКІ НЕ СПРИЧИНИЛИ СЕРЦЕВО-СУДИННУ НЕДОСТАТНІСТЬ	10
34	УШКОДЖЕННЯ СЕРЦЯ, ЙОГО ОБОЛОНОК І ВЕЛИКИХ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ СЕРЦЕВО-СУДИННУ НЕДОСТАТНІСТЬ:	
	а) I ступеня	10
	б) II ступеня	25

ПРИМІТКА: якщо в документах закладів охорони здоров'я не зазначений ступінь серцево-судинної недостатності, страхова виплата здійснюється по пункту «а» статті 34.

35	УШКОДЖЕННЯ ВЕЛИКИХ ПЕРИФЕРИЧНИХ СУДИН (ЯКІ НЕ СПРИЧИНИЛИ ПОРУШЕННЯ КРОВООБІГУ) НА РІВНІ:	
	а) плеча, стегна	10
	б) передпліччя, гомілки	5
36	УШКОДЖЕННЯ ВЕЛИКИХ ПЕРИФЕРИЧНИХ СУДИН, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ СУДИННУ НЕДОСТАТНІСТЬ	20

ПРИМІТКИ:
1. До великих магістральних судин відносяться: аорта, легенева, сонна артерія, безіменна вена, внутрішня яремна вена, верхня і нижня порожнисті вени, ворітна вена, а також магістральні судини, що забезпечують кровообіг внутрішніх органів.
До великих периферичних судин відносяться: підключичні, пахові, плечові, ліктьові і променеві артерії, клубова, стегнові, підколінні, передні і задні малогомілкові і великогомілкові артерії; плечоголова, підключичні, пахові, стегнові і підколінні вени.
2. Якщо травма спричинила порушення функцій серцево-судинної системи, виплата проводиться не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня травми на підставі висновку фахівця.
3. Страхова виплата по статтях 34, 36 здійснюється додатково, якщо зазначені в цих статтях ускладнення травми встановлені закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня травми і підтверджені документально. Раніше цього терміну виплата здійснюється по статтях 33, 35.
4. Якщо в зв'язку з ушкодженням великих периферичних судин проводилися операції з метою відновлення судинного русла, додатково виплачується 5% страхової суми.

ОРГАНИ ТРАВЛЕННЯ

37	ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ, СКУЛОВОЇ КІСТКИ АБО НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ, ВИВИХ ЩЕЛЕПИ:	
	а) перелом однієї кістки, вивих щелепи	5
	б) перелом двох і більше кісток або подвійний перелом однієї кістки	10
	в) звичний вивих щелепи	10

ПРИМІТКИ:
1. При переломі щелепи, що сталася випадково під час стоматологічних маніпуляцій, страхова виплата здійснюється на загальних підставах.
2. Перелом альвеолярного відростка, що стався при втраті зубів, не є підставою для здійснення страхової виплати.
3. Якщо в зв'язку з травмою щелеп, виличної кістки проводились оперативні втручання, додатково виплачується 5% страхової суми одноразово.
4. При звичному вивиху нижньої щелепи (пункт «в» статті 37) страхова виплата проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої по пунктах «а», «б» статті 37. При рецидивах звичного вивиху щелепи страхова виплата не здійснюється.

38	ПОВНА ВТРАТА ЗУБІВ (КРИМ МОЛОЧНИХ ЗУБІВ):	
	а) 1-2 зубів	2
	б) 3-5 зубів	5
	в) 6-9 зубів	10
	г) 10 і більше зубів	15

ПРИМІТКИ:
1. Стаття 38 застосовується виключно у разі проведення страхових виплат відповідно до статті 1 та/або статті 37 та/або статті 25 та/або статті 56 Таблиці.
2. Якщо внаслідок травми пошкоджено незійомний зубний протез (коронку), страхова виплата проводиться лише у разі повної втрати опорного зуба.
3. Якщо внаслідок травми пошкоджено зійомний зубний протез, страхова виплата по статті 38 не здійснюється.

39	УШКОДЖЕННЯ ЩЕЛЕПИ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ВІДСУТНІСТЬ:	
	а) частини щелепи (за винятком альвеолярного відростка)	40

ПРИМІТКИ:
1. Страхова виплата в зв'язку з відсутністю щелепи або її частини зменшується на розмір усіх раніше проведених виплат по статті 38.
2. Якщо травма щелепи супроводжувалася ушкодженням інших органів ротової порожнини, розмір страхової виплати визначається з урахуванням цих ушкоджень по відповідних статтях шляхом підсумовування.
3. При здійсненні страхової виплати по статті 39 додаткова виплата за оперативні втручання не проводиться.

40	УШКОДЖЕННЯ ЯЗИКА, ПОРОЖНИНИ РОТА (ПОРАНЕННЯ, ОПІК, ОБМОРОЖЕННЯ), ЯКЕ СПРИЧИНИЛО УТВОРЕННЯ РУБЦІВ (НЕЗАЛЕЖНО ВІД ЇХНЬОГО РОЗМІРУ)	3
41	УШКОДЖЕННЯ ЯЗИКА, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) відсутність кінчика язика	10
	б) відсутність дистальної третини язика	15
	в) відсутність язика на рівні середньої третини	30
	г) відсутність язика на рівні кореня або повна відсутність язика	60

42	УШКОДЖЕННЯ (ПОРАНЕННЯ, РОЗРИВ, ОПІК) ГЛОТКИ, СТРАВОХОДУ, ШЛУНКА, КИШЕЧНИКУ, А ТАКОЖ ЕЗОФАГОГАСТРОСКОПІЯ, ЗРОБЛЕНА В ЗВ'ЯЗКУ З ЦИМИ УШКОДЖЕННЯМИ АБО З МЕТОЮ ВИДАЛЕННЯ СТОРОННІХ ТІЛ СТРАВОХОДУ, ШЛУНКА, ЩО НЕ СПРИЧИНИЛО ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ	5
43	УШКОДЖЕННЯ (ПОРАНЕННЯ, РОЗРИВ, ОПІК) СТРАВОХОДУ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) звуження стравоходу	40
	б) непрохідність стравоходу (при наявності гастростоми), а також стан після пластики стравоходу	100

ПРИМІТКА: страхова виплата по статті 43 проводиться не раніше, ніж через 6 (шість) місяців із дня травми. Якщо раніше була проведена страхова виплата по статті 42, така виплата вираховується.

44	УШКОДЖЕННЯ (РОЗРИВ, ОПІК, ПОРАНЕННЯ) ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) холецистит, дуоденіт, гастрит, панкреатит, ентерит, коліт, проктит, парапроктит	5
	б) рубцеве звуження (деформація) шлунка, кишечнику, вихідникового отвору	15
	в) спаєчну хворобу, стан після операції з приводу спаєчної непрохідності	25
	г) кишковий свищ, кишково-півховий свищ, свищ підшлункової залози	50
	д) протиприродний вихідниковий отвір (колостома)	80

ПРИМІТКИ:

1. При ускладненнях травми, передбачених у пунктах «а», «б», «в» статті 44, страхова виплата проводиться за умови, що ці ускладнення встановлені не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня травми, а передбачені в пунктах «г» і «д» статті 44 – не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми. Зазначені ускладнення травми визнаються страховим випадком тільки в тому випадку, якщо вони підтверджені довідкою закладу охорони здоров'я. Раніше цих термінів страхова виплата проводиться по статті 42 і така виплата не віднімається при ухваленні остаточного рішення.

2. Якщо в результаті однієї травми виникнуть ускладнення, перераховані в одному пункті статті 44, страхова виплата проводиться одноразово у розмірі, зазначеному у такому пункті, незалежно від кількості ускладнень. Однак, якщо виникли патологічні зміни, перераховані в різних пунктах цієї статті, страхова виплата проводиться з врахуванням кожного з них шляхом підсумовування.

45 ГРИЖА, ЩО УТВОРИЛАСЯ НА МІСЦІ УШКОДЖЕННЯ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ, ДІАФРАГМИ АБО В ОБЛАСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО РУБЦЯ, ЯКЩО ОПЕРАЦІЯ ПРОВОДИЛАСЯ У ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ, АБО СТАН ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ З ПРИВОДУ ТАКОЇ ГРИЖИ 5

ПРИМІТКИ:

1. Страхова виплата по статті 45 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою органів живота, якщо вона є прямим наслідком цієї травми.

2. Грижі живота (пупкові, білої лінії, пахові і пахово-мошонкові), що виникли в результаті підняття ваги, не є підставою для здійснення страхової виплати.

46 УШКОДЖЕННЯ ПЕЧІНКИ В РЕЗУЛЬТАТІ ТРАВМИ АБО ВИПАДКОВОГО ГОСТРОГО ОТРУЄННЯ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:

а) підкапсульний розрив печінки, що не потребує оперативного втручання, гепатит, сироватковий гепатит, що розвився безпосередньо в зв'язку з травмою, гепатоз 5

б) печінкову недостатність 10

ПРИМІТКА: якщо в результаті однієї травми виникнуть ускладнення, перераховані в пункті «а» статті 46, страхова виплата проводиться одноразово у розмірі, зазначеному у такому пункті, незалежно від кількості ускладнень. Однак, якщо виникли патологічні зміни, перераховані в різних пунктах цієї статті, страхова виплата проводиться з врахуванням кожного з них шляхом підсумовування.

47 УШКОДЖЕННЯ ПЕЧІНКИ, ЖОВЧНОГО МІХУРА, ЩО СПРИЧИНИЛИ:

а) ушивання розривів печінки або видалення жовчного міхура 15

б) ушивання розривів печінки і видалення жовчного міхура 20

в) видалення частини печінки 25

г) видалення частини печінки і жовчного міхура 35

48 УШКОДЖЕННЯ СЕЛЕЗІНКИ, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:

а) підкапсульний розрив селезінки, що не потребує оперативного втручання 5

б) видалення селезінки 30

49 УШКОДЖЕННЯ ШЛУНКА, ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, КИШЕЧНИКУ, БРИЖИ, ЩО СПРИЧИНИЛО:

а) утворення несправжньої кісти підшлункової залози 20

б) резекцію шлунка, кишечнику, підшлункової залози 30

в) видалення шлунка 60

ПРИМІТКА: якщо в результаті однієї травми виникнуть ускладнення, перераховані в одному пункті статті 47, страхова виплата проводиться одноразово у розмірі, зазначеному у такому пункті, незалежно від кількості ускладнень. Однак, якщо виникли патологічні зміни, перераховані в різних пунктах, страхова виплата проводиться з врахуванням кожного з них шляхом підсумовування.

50 УШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ ЖИВОТА, У ЗВ'ЯЗКУ З ЯКИМИ ЗРОБЛЕНІ:

а) лапароскопія (лапароцентез) 5

б) лапаротомія при підозрі на uszkodження органів живота (у тому числі з лапароскопією, лапароцентезом) 10

в) лапаротомія при uszkodженні органів живота (у тому числі з лапароскопією, лапароцентезом) 15

г) повторні лапаротомії (незалежно від їхньої кількості) 5

ПРИМІТКИ:

1. Якщо в зв'язку з травмою органів живота є підстави для здійснення страхової виплати по статтях 46-49, стаття 50 (крім пункту «г») не застосовується.

2. Якщо в результаті однієї травми будуть uszkodжені різні органи черевної порожнини, з яких один або декілька органів будуть вилучені, а інші – ушиті, страхова виплата виплачується по відповідних статтях і ст.50 одноразово.

СЕЧОВИДІЛЬНА ТА СТАТЕВА СИСТЕМИ

51 УШКОДЖЕННЯ НИРКИ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:

а) забій нирки, підкапсульний розрив нирки, що не потребує оперативного втручання 5

б) видалення частини нирки 30

в) видалення нирки 60

52 УШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ (НИРОК, СЕЧОВОДІВ, СЕЧОВОГО МІХУРА, СЕЧІВНИКА), ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:

а) цистит, уретрит 5

б) гостру ниркову недостатність, пієліт, пієлоцистит 10

в) зменшення обсягу сечового міхура 15

г) гломерулонефрит, пієлонефрит, звуження сечоводу, сечівника 25

д) синдром тривалого роздавлення (травматичний токсикоз, "краш-синдром", синдром розтрощення), хронічну ниркову недостатність 30

е) непрохідність сечоводу, сечівника, сечостатевої свищі 40

ПРИМІТКИ:

1. Якщо в результаті однієї травми сталося порушення функції декількох органів сечостатевої системи, вказаних в статті 52, страхова виплата проводиться одноразово по одному з пунктів цієї статті, що передбачає найбільш важке uszkodження.

2. Страхова виплата в зв'язку з наслідками травми, перерахованими в пунктах «а», «в», «г», «д» і «е» статті 52, виплачується в тому випадку, якщо ці ускладнення встановлені не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня травми.

53 ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ, ПРОВЕДЕНІ В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ ОРГАНІВ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ:

а) цистостомія 5

б) при підозрі на uszkodження органів 10

в) при uszkodженні органів 15

г) повторні операції, зроблені в зв'язку з травмою (незалежно від їхньої кількості) 5

ПРИМІТКА: якщо в зв'язку з травмою було проведено видалення нирки або її частини, страхова виплата проводиться по пунктах «б», «в» статті 51; стаття 53 при цьому не застосовується.

54 УШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ СТАТЕВОЇ АБО СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ:

а) поранення, розрив, опік, обмороження 5

55 УШКОДЖЕННЯ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ, ЯКІ ПРИЗВЕЛИ ДО:

а) видалення одного яєчника, маткової труби, яєчка 15

б) видалення обох яєчників, обох маткових труб, обох яєчок, частини статевого члена 30

в) втрати матки у жінок у віці:
до 40 років 50
від 40 до 50 років 30
50 років і більше 15

г) втрати статевого члена та обох яєчок 60

М'ЯКІ ТКАНИНИ

56 УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ОБЛИЧЧЯ, ПЕРЕДНЬОБОКОВОЇ ПОВЕРХНІ ШИЇ, ПІДЩЕЛЕПНОЇ ОБЛАСТІ, ВУШНИХ РАКОВИН, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ПІСЛЯ ЗАГОЄННЯ:

а) утворення рубців площею від 0,5 до 1,0 см² 2

б) утворення пігментних плям площею від 1,0 см² до 0,5% поверхні тіла 3

в) утворення рубців площею 1,0 см² і більше або довжиною 5 см і більше 5

г) утворення пігментних плям площею 0,6% поверхні тіла і більше 7

д) значне порушення косметики (від 30% до 50% від вказаних областей) 10

е) різке порушення косметики (від 51% до 70% від вказаних областей) 30

Стат-тя	ХАРАКТЕР УШКОДЖЕННЯ	Розмір виплати, % від страхової суми
	є) спотворення (71% від вказаних областей та більше), асиметрія обличчя	50
ПРИМІТКИ:		
1. До косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються по кольору від навколишньої шкіри, втягнені або виступаючі над її поверхню, що стягують тканини. Спотворення – це різка зміна природного виду обличчя людини в результаті механічного, хімічного, термічного або інших насильницьких впливів.		
2. Якщо в зв'язку з переломом кісток лицевого черепа зі зсувом відламків була зроблена операція (відкрита репозиція), внаслідок чого на обличчі утворився рубець, страхова виплата проводиться з урахуванням перелому і післяопераційного рубця, якщо цей рубець порушує косметичку в тій чи іншій мірі.		
3. Якщо в результаті ушкодження м'яких тканин обличчя, передньообочкової поверхні шиї, підчелепної області утворився рубець або пігментна пляма й у зв'язку з цим була виплачена відповідна частина страхової суми, а потім Застрахована особа одержала другу травму, яка спричинила утворення нових рубців (пігментних плям), знову виплачується страхова виплата з урахуванням наслідків повторної травми.		
57	УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ВОЛОСЯНОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ, ТУЛУБА, КІНЦІВОК, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО ПІСЛЯ ЗАГОСННЯ УТВОРЕННЯ РУБЦІВ ПЛОЩЕЮ:	
	а) від 2,0 см2 до 5,0 см2 або довжиною 5 см і більше	2
	б) від 5,1 см2 до 0,5% поверхні тіла	5
	в) від 0,6% до 2,0% поверхні тіла	10
	г) від 2,1% до 4,0% поверхні тіла	15
	д) від 4,1% до 6,0% поверхні тіла	20
	е) від 6,1% до 8,0% поверхні тіла	25
	ж) від 8,1% до 10,0% поверхні тіла	30
	з) від 10,1% до 15,0% поверхні тіла	35
	и) від 15,1% поверхні тіла і більше	40
ПРИМІТКИ:		
1. 1% поверхні досліджуваного тіла дорівнює площі долонної поверхні його кисті і пальців. Ця площа визначається в квадратних сантиметрах шляхом множення довжини кисті, вимірюваної від променево-зап'ясткового суглоба до верхівки нігтьової фаланги III пальця, на її ширину, що вимірюється на рівні голівки II-V'ясткових кісток (без врахування I пальця).		
2. При визначенні площі рубців враховуються рубці, які утворились на місці взяття шкірного трансплантата для заміщення дефекту враженої ділянки шкіри.		
3. Якщо страхова виплата проводиться за оперативне втручання (при відкритих ушкодженнях, при пластиці сухожиль, зшиванні судин, нервів і ін.), стаття 57 не застосовується.		
58	УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ТУЛУБА, КІНЦІВОК, ЯКІ ПРИЗВЕЛИ ДО УТВОРЕННЯ ПІГМЕНТНИХ ПЛЯМ ПЛОЩЕЮ:	
	а) від 1,0% до 2,0% поверхні тіла	3
	б) від 2,1% до 10,0% поверхні тіла	5
	в) від 10,1% до 15,0% поверхні тіла	10
	г) 15,1% поверхні тіла і більше	15
ПРИМІТКИ:		
1. Рішення про страхову виплату по статтях 56, 57 і 58 приймається на підставі даних огляду, проведеного після загоєння поверхні ран, але не раніше ніж через 1 (один) місяць з дня травми.		
2. Загальна сума виплат по статтях 57 і 58 не повинна перевищувати 40%.		
3. Післяопераційні рубці не є підставою для здійснення страхових виплат по статтях 39, 56, 57 та 58.		
59	ОПІКОВА ХВОРОБА, ОПІКОВИЙ ШОК	10
ПРИМІТКА: страхова виплата по статті 59 проводиться додатково до страхової виплати, що здійснюється в зв'язку з опіком.		
60	УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН:	
	а) м'язова грижа, посттравматичний періостит, гематома, що не розсмокталася, площею не менш 2 см2, підтверджена інструментальними методами, розрив м'язів	3
	б) розрив сухожиль, за винятком сухожиль пальців кисті, взяття ауто трансплантата з іншого відділу опорно-рухового апарата	5
ПРИМІТКИ:		
1. Страхова виплата в зв'язку з гематомою, що не розсмокталася, м'язовою грижею або посттравматичним періоститом виплачується в тому випадку, якщо ці ускладнення травми встановлені не раніше ніж через 2 (два) місяці з дня травми.		
ХРЕБЕТ		
61	ПЕРЕЛОМ, ПЕРЕЛОМО-ВИВИХ АБО ВИВИХ ТІЛ, ДУЖОК І СУГЛОБОВИХ ВІДРОСТКІВ ХРЕБЦІВ (ЗА ВИНЯТКОМ КРИЖОВОЇ КІСТКИ І КУПРИКА):	
	а) одного-двох	20
	б) трьох-п'яти	30
	в) шести і більше	40
62	РОЗРИВ МІЖХРЕБЦЕВИХ ЗВ'ЯЗОК (ПРИ ТЕРМІНІ ЛІКУВАННЯ НЕ МЕНШ 14 ДНІВ), ПІДВИВИХ ХРЕБЦІВ (ЗА ВИНЯТКОМ КУПРИКА)	5
ПРИМІТКА: при рецидивах підввику хребця страхова виплата не здійснюється.		
63	ПЕРЕЛОМ КОЖНОГО ПОПЕРЕЧНОГО АБО ОСТИСТОГО ВІДРОСТКА	3
64	ПЕРЕЛОМ КРИЖОВОЇ КІСТКИ	10
65	УШКОДЖЕННЯ КУПРИКА:	
	а) підввику куприкових хребців	2
	б) вивих куприкових хребців	5
	в) перелом куприкових хребців	10
ПРИМІТКИ:		
1. Якщо в зв'язку з травмою хребта (у тому числі крижової кістки і куприка) проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 10% страхової суми одноразово.		
2. Якщо перелом або вивих хребців супроводжувався ушкодженням спинного мозку, страхова виплата проводиться з урахуванням обох ушкоджень шляхом підсумовування.		
3. Якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження, перераховані в будь-якому пункті статті 61-63, страхова виплата здійснюється одноразово по одному пункту відповідної статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.		
ВЕРХНЯ КІНЦІВКА. ЛОПАТКА І КЛЮЧИЦЯ		
66	ПЕРЕЛОМ ЛОПАТКИ, КЛЮЧИЦІ, ПОВНИЙ АБО ЧАСТКОВИЙ РОЗРИВ АКРОМІАЛЬНО-КЛЮЧИЧНОГО, ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНОГО СПОЛУЧЕНЬ:	
	а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного сполучення	5
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох сполучень або перелом, вивих однієї кістки і розрив одного сполучення, перело-мовивих ключиці	10
	в) розрив двох сполучень і перелом однієї кістки, перелом двох кісток і розрив одного сполучення	15
	г) перелом, що не зрісся (несправжній суглоб)	15
ПРИМІТКИ:		
1. Якщо в зв'язку з ушкодженнями, перерахованими в статті 66, проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.		
2. Якщо в зв'язку з відкритим переломом не проводилось оперативне втручання, рішення про страхову виплату по статті 57 приймається за результатами огляду, проведеного після загоєння рани.		
3. Страхова виплата в зв'язку з переломом, що не зрісся (несправжній суглоб), проводиться в тому випадку, якщо це ускладнення травми встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджено документально. Пункт «г» статті 66 застосовується виключно у разі проведення страхових виплат по пунктах «а», «б» чи «в» статті 66.		
ПЛЕЧОВИЙ СУГЛОБ		
67	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА (СУГЛОБОВОЇ ЗАПАДИНИ ЛОПАТКИ, ГОЛІВКИ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ, АНАТОМІЧНОЇ, ХІРУРГІЧНОЇ ШИЙКИ, ГОРБИКІВ, СУГЛОБОВОЇ СУМКИ):	
	а) гемартроз, підтверджений пункцією суглоба	2
	б) розрив капсули суглоба, відрив кісткових фрагментів, у тому числі великого горбика, перелом суглобової западини лопатки, вивих плеча	5
	в) перелом двох кісток, перелом лопатки і вивих плеча	10
	г) перелом плеча (голівки, анатомічної, хірургічної шийки), перело-мовивих плеча	15
ПРИМІТКА: якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження, вказані в статті 67, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.		
68	УШКОДЖЕННЯ ПЛЕЧОВОГО ПОЯСА, ЯКІ СПРИЧИНИЛИ:	
	а) звичайний вивих плеча	15

Стаття	ХАРАКТЕР УШКОДЖЕННЯ	Розмір виплати, % від страхової суми
	б) відсутність рухів у суглобі (анкілоз)	20
	в) «розбобтаний» плечовий суглоб, у результаті резекції суглобових поверхонь його складових кісток	40

ПРИМІТКИ:

1. Страхова виплата по статті 68 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з ушкодженнями області плечового суглоба в тому випадку, якщо перераховані в цій статті ускладнення встановлені закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджені документально.
2. Якщо в зв'язку з травмою плечового суглоба проводились оперативні втручання, додатково виплачується 3% страхової суми.
3. При рецидивах звичного вивиху плеча страхова виплата не здійснюється.

ПЛЕЧЕ

69	ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ:	
	а) на будь-якому рівні (верхня, середня, нижня третина)	15
	б) подвійний перелом	20
70	ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ, ЯКИЙ СПРИЧИНИВ УТВОРЕННЯ ПЕРЕЛОМУ, ЩО НЕ ЗРИСЯ (НЕСПРАВЖНЬОГО СУГЛОБА)	45

ПРИМІТКИ:

1. Страхова виплата по статті 70 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою плеча, якщо зазначені ускладнення встановлені закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 9 (дев'ять) місяців з дня травми.
2. Якщо в зв'язку з травмою області плеча проводилося оперативне втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 3% страхової суми.

71	ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ АБО ЇЇ ВАЖКЕ УШКОДЖЕННЯ, ЩО ПРИЗВЕЛО ДО АМПУТАЦІЇ:	
	а) з лопаткою, ключицею або їхньою частиною	70
	б) плеча на будь-якому рівні	60
	в) однієї кінцівки на рівні плеча	100

ПРИМІТКА: якщо страхова виплата проводиться по статті 71, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не проводиться.

ЛІКТЬОВИЙ СУГЛОБ

72	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА:	
	а) гемартроз (підтверджений пункцією суглоба), пронаційний підвих передпліччя	2
	б) відрив кісткових фрагментів, у тому числі надвиростків плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки, вивих кістки	5
	в) перелом променевої і ліктьової кістки, вивих передпліччя	10
	г) перелом плечової кістки	15
	д) перелом плечової кістки з променевою і ліктьовою кістками	20

ПРИМІТКА: якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження, вказані в статті 72, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.

73	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) відсутність рухів у суглобі (анкілоз)	20
	б) «розбобтаний» ліктьовий суглоб, у результаті резекції суглобних поверхонь його складових кісток	30

ПРИМІТКИ:

1. Страхова виплата по статті 73 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з ушкодженнями області ліктьового суглоба, у тому випадку, якщо порушення рухів у цьому суглобі встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджено документально.
2. Якщо в зв'язку з травмою області ліктьового суглоба проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.

ПЕРЕДПЛІЧЧЯ

74	ПЕРЕЛОМ КІСТОК ПЕРЕДПЛІЧЧЯ НА БУДЬ-ЯКОМУ РІВНІ, ЗА ВИНЯТКОМ ОБЛАСТІ СУГЛОБІВ (ВЕРХНЯ, СЕРЕДНЯ, НИЖНЯ ТРЕТИНА):	
	а) перелом, вивих однієї кістки	5
	б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки	10
75	ПЕРЕЛОМ, ЩО НЕ ЗРИСЯ (НЕСПРАВЖНІЙ СУГЛОБ) КІСТОК ПЕРЕДПЛІЧЧЯ:	
	а) однієї кістки	15
	б) двох кісток	30

ПРИМІТКИ:

1. Страхова виплата по статті 75 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою передпліччя, якщо ускладнення травми встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 9 (дев'ять) місяців з дня травми і підтверджено документально.
2. Якщо в зв'язку з травмою області передпліччя проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.

76	ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ АБО ВАЖКЕ УШКОДЖЕННЯ, ЩО ПРИЗВЕЛО:	
	а) до ампутації передпліччя на будь-якому рівні	60
	б) до екзартикуляції в ліктьовому суглобі	70
	в) до ампутації однієї кінцівки на рівні передпліччя	100

ПРИМІТКА: Якщо страхова виплата здійснюється по статті 76, додаткова виплата за оперативні втручання та післяопераційні рубці не проводиться.

ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТКОВИЙ СУГЛОБ

77	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТКОВОГО СУГЛОБА:	
	а) перелом однієї кістки передпліччя, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив кісткового фрагмента (фрагментів), вивих голівки ліктьової кістки	5
	б) перелом двох кісток передпліччя	10
	в) перилунарний вивих кістки	15

ПРИМІТКА: якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження, вказані в статті 77, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.

78	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТКОВОГО СУГЛОБА, ЩО ПРИЗВЕЛО ДО ВІДСУТНОСТІ РУХІВ (АНКІЛОЗУ) У ЦЬОМУ СУГЛОБІ	15
-----------	--	----

ПРИМІТКИ:

1. Страхова виплата по статті 78 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з ушкодженнями області променево-зап'ясткового суглоба в тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджено документально.
2. Якщо в зв'язку з травмою області променево-зап'ясткового суглоба проводились оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми.

КИСТЬ

79	ПЕРЕЛОМ АБО ВИВИХ КІСТОК ЗАП'ЯСТЯ, П'ЯСТКОВИХ КІСТОК ОДНІЄЇ КИСТІ:	
	а) однієї кістки (крім човноподібної)	5
	б) двох і більш кісток (крім човноподібної)	10
	в) човноподібної кістки	10
	г) вивих, перелома-вивих кисті	15

ПРИМІТКИ:

1. Якщо в зв'язку з травмою кисті проводились оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.
2. При переломі (вивиху) у результаті однієї травми кісток зап'ястя (п'ясткових кісток) і човноподібної кістки страхова виплата проводиться з врахуванням кожного пошкодження шляхом підсумовування.

80	УШКОДЖЕННЯ КИСТІ, ЯКЕ СПРИЧИНИЛО:	
	а) перелом, що не зрісся (несправжній суглоб) однієї або декількох кісток (за винятком відриву кісткових фрагментів)	10
	б) втрату всіх пальців, ампутацію на рівні п'ясткових кісток зап'ястя або променево-зап'ясткового суглоба	50
	в) ампутацію однієї кисті	100

ПРИМІТКА: страхова виплата по пункту «а» статті 80 проводиться додатково в тому випадку, якщо ускладнення травми встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджено документально.

ПАЛЬЦІ КИСТІ



Стаття	ХАРАКТЕР УШКОДЖЕННЯ	Розмір виплати, % від страхової суми
ПЕРШИЙ ПАЛЕЦЬ		
81	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО: а) ушкодження сухожилля (сухожил) розгинача пальця б) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожил) згинача пальця, сухожильний, суглобовий, кістковий панарицій	3 5
ПРИМІТКИ: 1. Гнійне запалення навколонігтьового валика (пароніхія) не є підставою для здійснення страхової виплати. 2. Якщо в зв'язку з ушкодженням сухожил, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожильним панарицієм проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 3% страхової суми одноразово. 3. Якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження першого пальця кисті, вказані в статті 81, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.		
82	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО: а) відсутність рухів в одному суглобі (анкілоз) б) відсутність рухів у двох суглобах	10 15
ПРИМІТКА: страхова виплата в зв'язку з порушенням функції першого пальця проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з його травмою, у тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджено документально.		
83	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО: а) реампутацію (повторну ампутацію) на рівні тієї ж фаланги б) ампутацію на рівні нігтьової фаланги в) ампутацію на рівні міжфалангового суглоба (втрата нігтьової фаланги) г) ампутацію на рівні основної фаланги, п'ястно-фалангового суглоба (втрата пальця) д) ампутацію пальця з п'ястковою кісткою або її частиною	5 10 15 20 25
ПРИМІТКА: якщо страхова виплата здійснюється по статті 83, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
ДРУГИЙ, ТРЕТІЙ, ЧЕТВЕРТИЙ, П'ЯТИЙ ПАЛЕЦЬ		
84	УШКОДЖЕННЯ ОДНОГО ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО: а) ушкодження сухожилля (сухожил) розгиначів пальця б) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожил) згинача пальця, сухожильний, суглобовий, кістковий панарицій	3 5
ПРИМІТКИ: 1. Гнійне запалення навколонігтьового валика (пароніхія) не є підставою для здійснення страхової виплати. 2. Якщо в зв'язку з ушкодженням сухожил, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожильним панарицієм проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово. 3. Якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження пальців кисті (крім першого пальця), вказані в статті 84, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.		
85	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО: а) відсутність рухів в одному суглобі (анкілоз) б) відсутність рухів у двох або трьох суглобах пальця	5 10
ПРИМІТКА: страхова виплата в зв'язку з порушенням функцій пальця проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з його травмою, у тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі (суглобах) пальця встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджено документально.		
86	УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО: а) реампутацію (повторну ампутацію) на рівні тієї ж фаланги б) ампутацію на рівні нігтьової фаланги, втрату фаланги в) ампутацію на рівні середньої фаланги, втрату двох фаланг г) ампутацію на рівні основної фаланги, втрату пальця д) втрату пальця з п'ястковою кісткою або її частиною	3 5 10 15 20
ПРИМІТКИ: 1. Якщо страхова виплата здійснюється відповідно до статті 86, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться. 2. При ушкодженні декількох пальців кисті страхова виплата проводиться з урахуванням кожного ушкодження шляхом підсумовування. Однак загальний розмір страхових виплат, проведених відповідно до статей 81-86 в період дії договору страхування, не повинен перевищувати 65% для однієї кисті і 100% для обох кистей.		
ТАЗ		
87	УШКОДЖЕННЯ ТАЗА: а) перелом однієї кістки б) перелом двох кісток або розрив одного сполучення, подвійний перелом однієї кістки в) перелом трьох і більше кісток, розрив двох або трьох сполучень	5 10 15
ПРИМІТКИ: 1. Якщо в зв'язку з переломом кісток таза або розривів сполучень проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 3% страхової суми одноразово. 2. Розрив лобкового, крижово-клубового сполучення (сполучень) під час пологів є підставою для здійснення страхової виплати на загальних підставах по пунктах «б» або «в» статті 87.		
88	УШКОДЖЕННЯ ТАЗА, ЩО СПРИЧИНИЛО ВІДСУТНІСТЬ РУХІВ (АНКІЛОЗ) У ТАЗОСТЕГНОВИХ СУГЛОБАХ: а) в одному суглобі б) у двох суглобах	20 40
ПРИМІТКА: страхова виплата в зв'язку з порушенням функції тазостегнового суглоба (суглобів) проводиться по статті 88 додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою таза, у тому випадку, якщо відсутність рухів у суглобі встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтверджено документально.		
НИЖНЯ КІНЦІВКА		
ТАЗОСТЕГНОВИЙ СУГЛОБ		
89	УШКОДЖЕННЯ ТАЗОСТЕГНОВОГО СУГЛОБА: а) відрив кісткового фрагмента (фрагментів) б) ізольований відрив вертлюга (вертлюгів) в) вивих стегна г) перелом голівки, шийки проксимального метафіза стегна	5 10 15 20
ПРИМІТКИ: 1. Якщо в результаті однієї травми сталися різні ушкодження тазостегнового суглоба, вказані в статті 89, страхова виплата проводиться відповідно до пункту цієї статті, який передбачає найбільш важке ушкодження. 2. Якщо в зв'язку з травмою тазостегнового суглоба проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.		
90	УШКОДЖЕННЯ ТАЗОСТЕГНОВОГО СУГЛОБА, ЩО СПРИЧИНИЛО: а) відсутність рухів (анкілоз) б) перелом, що не зрісся, (несправний суглоб) шийки стегна в) ендопротезування г) «розбобтаний» суглоб у результаті резекції голівки стегна	20 30 40 45
ПРИМІТКИ: 1. Страхова виплата в зв'язку з ускладненнями, перерахованими в статті 90, проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої з приводу травми суглоба. 2. Страхова виплата по пункту «б» статті 90 проводиться в тому випадку, якщо ускладнення травми встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 9 (дев'ять) місяців з дня травми і підтверджено документально.		
СТЕГНО		
91	ПЕРЕЛОМ СТЕГНА: а) на будь-якому рівні, за винятком області суглобів (верхня, середня, нижня третина)	25

Стаття	ХАРАКТЕР УШКОДЖЕННЯ	Розмір виплати, % від страхової суми
	б) подвійний перелом стегна	30
92	ПЕРЕЛОМ СТЕГНА, ЩО СПРИЧИНИВ УТВОРЕННЯ ПЕРЕЛОМУ, ЩО НЕ ЗРИСЯ (НЕСПРАВЖЬОГО СУГЛОБА)	30
ПРИМІТКИ:		
1. Якщо в зв'язку з травмою області стегна проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.		
2. Страхова виплата по статті 92 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення встановлено закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 9 (дев'ять) місяців з дня травми і підтверджено документально.		
93	ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ АБО ВАЖКЕ УШКОДЖЕННЯ, ЩО ПРИЗВЕЛО ДО АМПУТАЦІЇ КІНЦІВКИ НА БУДЬ-ЯКОМУ РІВНІ СТЕГНА:	
	а) однієї кінцівки	60
	б) єдиної кінцівки	100
ПРИМІТКА: якщо страхова виплата здійснюється по статті 93, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
КОЛІННИЙ СУГЛОБ		
94	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ КОЛІННОГО СУГЛОБА	
	а) гемартроз, підтверджений пункцією суглоба, вивих надколінка	2
	б) відрив кісткового фрагмента (фрагментів), перелом надвиростка (надвиростків), перелом голівки малогомілкової кістки, розрив чи надрив меніска, підтверджений інструментальними методами	5
	в) перелом: надколінка, міжвиросткового узвишся, виростків, проксимального метафіза великогомілкової кістки	10
	г) перелом проксимального метафіза великогомілкової кістки з голівкою малогомілкової	15
	д) перелом виростків стегна, вивих гомілки	20
	е) перелом дистального метафіза стегна	25
	ж) перелом дистального метафіза, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток	30
ПРИМІТКИ:		
1. Якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження колінного суглоба, вказані в статті 94, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.		
2. Якщо в зв'язку з травмою області колінного суглоба проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл) додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.		
95	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ КОЛІННОГО СУГЛОБА, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) відсутність рухів у суглобі (анкілоз)	20
	б) «розбаваний» колінний суглоб у результаті резекції суглобових поверхонь його складових кісток	30
	в) ендопротезування	40
ПРИМІТКА: страхова виплата по статті 95 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою цього суглоба.		
ГОМІЛКА		
96	ПЕРЕЛОМ КІСТОК ГОМІЛКИ (ЗА ВИНЯТКОМ ОБЛАСТІ СУГЛОБІВ):	
	а) малогомілкової, відрив кісткових фрагментів	5
	б) великогомілкової, подвійний перелом малогомілкової	10
	в) обох кісток, подвійний перелом великогомілкової	15
ПРИМІТКИ:		
1. Страхова виплата по статті 96 проводиться при переломах великогомілкової кістки в області діяфіза (верхня, середня, нижня третина) і переломах малогомілкової кістки у верхній або середній третині.		
2. Якщо в результаті однієї травми стався внутрішньосуглобовий перелом великогомілкової кістки в колінному або гомілковостопному суглобі і перелом малогомілкової кістки на рівні діяфізу, страхова виплата проводиться по статтях 94 і 96 або статтях 99 і 96 шляхом підсумовування.		
97	ПЕРЕЛОМ КІСТОК ГОМІЛКИ, ЩО ПРИЗВІВ ДО ПЕРЕЛОМУ, ЩО НЕ ЗРИСЯ, НЕСПРАВЖЬОГО СУГЛОБУ (ЗА ВИНЯТКОМ КІСТКОВИХ ФРАГМЕНТІВ):	
	а) малогомілкової кістки	5
	б) великогомілкової кістки	15
	в) обох кісток	20
ПРИМІТКИ:		
1. Страхова виплата по статті 97 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з переломом кісток гомілки, якщо такі ускладнення встановлені закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 9 (дев'ять) місяців з дня травми і підтверджені документально.		
2. Якщо в зв'язку з травмою гомілки проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.		
98	ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ АБО ВАЖКЕ УШКОДЖЕННЯ, ЩО СПРИЧИНИЛО:	
	а) ампутацію гомілки на будь-якому рівні	50
	б) екзартикуляцію в колінному суглобі	55
	в) ампутацію єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки	100
ПРИМІТКА: якщо страхова виплата була проведена в зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова виплата за оперативне втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
99	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА:	
	а) гемартроз, підтверджений пункцією суглоба	2
	б) перелом однієї щиколотки, ізольований розрив міжгомілкового синдесмозу	5
	в) перелом двох щиколоток або перелом однієї щиколотки з краєм великогомілкової кістки	10
	г) перелом обох щиколоток із краєм великогомілкової кістки	15
ПРИМІТКИ:		
1. При переломах кісток гомілковостопного суглоба, що супроводжуються розривом міжгомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) стопи, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.		
2. Якщо в зв'язку з травмою області гомілковостопного суглоба проводилися оперативні втручання (за винятком первинної хірургічної обробки і видалення сторонніх тіл), додатково виплачується 3% страхової суми одноразово.		
3. Якщо в результаті однієї травми встановлені різні ушкодження гомілковостопного суглоба, вказані в статті 99, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.		
100	УШКОДЖЕННЯ ОБЛАСТІ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА, ЩО СПРИЧИНИЛИ:	
	а) відсутність рухів у гомілковостопному суглобі (анкілоз)	20
	б) «розбаваний» гомілковостопний суглоб у результаті резекції суглобних поверхонь його складових кісток	40
	в) екзартикуляцію в гомілковостопному суглобі	50
ПРИМІТКА: якщо в результаті однієї травми гомілковостопного суглоба виникли ускладнення, перераховані в статті 100, страхова виплата проводиться по одному з пунктів цієї статті, що передбачає найбільш важкий наслідок.		
101	УШКОДЖЕННЯ (РОЗРИВ, ЧАСТКОВИЙ РОЗРИВ) АХІЛОВОГО СУХОЖИЛЛЯ:	
	а) при консервативному лікуванні	5
	б) при оперативному лікуванні	15
СТОПА		
102	УШКОДЖЕННЯ СТОПИ:	
	а) перелом, вивих однієї кістки (за винятком п'яtkової і таранної)	5
	б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки	10
	в) перелом, вивих трьох і більше кісток, перелом п'яtkової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих у поперечному суглобі заплесни (Шопара) або заплесно-плесновому суглобі (Лісфранка)	15
ПРИМІТКИ:		
1. Якщо в зв'язку з переломам або вивихом кісток стопи проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.		
2. При переломах або вивихах кісток стопи, вказаних в статті 102, страхова виплата проводиться одноразово відповідно до пункту цієї статті, що передбачає найбільш важке ушкодження.		
3. Якщо в результаті однієї травми виникнуть ушкодження, перераховані в одному з пунктів статті 102, страхова виплата проводиться одноразово у розмірі, зазначеному у такому пункті, незалежно від кількості ускладнень.		

Стаття	ХАРАКТЕР УШКОДЖЕННЯ	Розмір виплати, % від страхової суми
103	УШКОДЖЕННЯ СТОПИ, ЩО СПРИЧИНИЛИ:	
	а) перелом, що не зрісся, (несправжній суглоб) однієї-двох кісток (за винятком п'яtkової і таранної кісток)	5
	б) перелом, що не зрісся, (несправжній суглоб) трьох і більш кісток, а також таранної або п'яtkової кістки	15
	в) артродез підтаранного суглоба, в поперечному суглобі заплесни (Шопара) або заплесно-плесновому суглобі (Лісфранка)	20
	г) ампутацію на рівні плесно-фалангових суглобів (відсутність усіх пальців стопи)	30
	д) ампутацію на рівні плеснових або заплеснових кісток	40
	е) ампутацію на рівні таранної, п'яtkової кісток (втрата стопи)	50
ПРИМІТКИ:		
1. Страхова виплата в зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими пунктами «а», «б» або «в» статті 103 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої в зв'язку з травмою стопи, у тому випадку, якщо вони встановлені закладом охорони здоров'я не раніше ніж через 6 (шість) місяців з дня травми і підтвержені документально, а по пунктах «г», «д», «е» статті 103 - незалежно від терміну, що пройшов із дня травми.		
2. Якщо страхова виплата проводиться в зв'язку з ампутацією стопи, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
ПАЛЬЦІ СТОПИ		
104	ПЕРЕЛОМ, ВИВИХ ФАЛАНГИ (ФАЛАНГ), УШКОДЖЕННЯ СУХОЖИЛЛЯ (СУХОЖИЛЬ):	
	а) одного пальця	3
	б) двох-трьох пальців	5
	в) чотирьох-п'яти пальців	10
ПРИМІТКА: якщо в зв'язку з переломом, вивихом або ушкодженням сухожилля пальця стопи проводилися оперативні втручання, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.		
105	ТРАВМАТИЧНА АМПУТАЦІЯ АБО УШКОДЖЕННЯ ПАЛЬЦІВ СТОПИ, ЩО ПРИЗВЕЛО ДО АМПУТАЦІЇ:	
	Першого пальця:	
	а) на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба	5
	б) на рівні основної фаланги або плесно-фалангового суглоба	10
	Другого, третього, четвертого, п'ятого пальців:	
	в) одного-двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг	5
	г) одного-двох пальців на рівні основних фаланг або плесно-фалангового суглобів	10
д) трьох-чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг	15	
е) трьох-чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плесно-нігтьових суглобів	20	
ПРИМІТКА:		
1. Стаття 106 застосовується по статті 105, додаткова виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не проводиться.		
2. Якщо в зв'язку з травмою була зроблена ампутація пальця стопи з плесновою кісткою або її частиною, додатково виплачується 2% страхової суми одноразово.		
106	УШКОДЖЕННЯ, ЩО СПРИЧИНИЛИ:	
	а) утворення лігатурних свищів	3
	б) лімфостаз, тромбофлебіт, порушення трофіки	5
	в) остеомієліт, у тому числі гематогенний остеомієліт	10
ПРИМІТКИ:		
1. Стаття 106 застосовується при тромбофлебитах, лімфостазах і порушеннях трофіки, що сталися внаслідок травми опорно-рухового апарату (за винятком ушкодження великих периферичних судин і нервів), якщо ці ускладнення встановлені не раніше ніж через 3 (три) місяці з дня травми.		
2. Гнійні запалення пальців стопи страховим випадком не вважаються.		
3. Страхова виплата по статті 106 проводиться додатково до страхової виплати, здійсненої раніше в період дії договору страхування за будь-якою травмою, виключно у разі, якщо зазначені у статті 106 ушкодження є прямими наслідками такої травми.		
107	ТРАВМАТИЧНИЙ ШОК, ГЕМОРАГІЧНИЙ ШОК, ЩО РОЗВИНУВСЯ В ЗВ'ЯЗКУ З ТРАВМОЮ	5
ПРИМІТКА: страхова виплата по статті 107 проводиться додатково до виплат, здійснених раніше за будь-якою травмою, виключно у разі, якщо зазначені у статті 107 ускладнення є прямими наслідками такої травми.		
108	ГОСТРЕ ОТРУЄННЯ ПРОМИСЛОВИМИ АБО ПОБУТОВИМИ ХІМІЧНИМИ РЕЧОВИНАМИ ЧИ ГАЗАМИ, АСФІКСІЯ, УКУСИ ТВАРИН, ЗМІЙ, ОТРУЙНИХ КОМАХ, ОПІКИ, УРАЖЕННЯ БЛИСКАВКОЮ АБО ЕЛЕКТРИЧНИМ СТРУМОМ, ОБМОРОЖЕННЯ ВИКЛЮЧНО У РАЗІ ПЕРЕБУВАННЯ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ НА БЕЗПЕРЕРВНОМУ ЦІЛОДОБОВОМУ СТАЦІОНАРНОМУ ЛІКУВАННІ:	
	а) від 6 до 12 календарних днів поспіль	5
	б) від 13 до 21 календарних днів поспіль	7
	в) 22 календарні дні поспіль та більше	10
ПРИМІТКА:		
1. Якщо у документах закладу охорони здоров'я зазначено, що перераховані у статті 108 нещасні випадки спричинили ушкодження будь-яких органів Застрахованої особи, передбачені цією Таблицею, страхова виплата здійснюється згідно з відповідними статтями цієї Таблиці. Стаття 108 при цьому не застосовується.		
2. У разі перебування Застрахованої особи на безперервному цілодобовому стаціонарному лікуванні менш ніж 6 (шість) календарних днів поспіль, страхова виплата не здійснюється.		
3. Страхова виплата у разі настання нещасного випадку, передбаченого статтею 108, проводиться одноразово виключно у разі первинного цілодобового стаціонарного лікування.		
109	В разі отримання Застрахованою особою травматичних ушкоджень та/або функціональних розладів, не передбачених статтями 1 – 108 цієї Таблиці, страхова виплата проводиться виключно у разі перебування Застрахованої особи з приводу отриманого ушкодження на безперервному цілодобовому стаціонарному лікуванні не менш ніж 6 (шість) календарних днів поспіль та здійснюється одноразово у таких розмірах в залежності від кількості днів вказаного лікування:	
	а) від 6 до 12 календарних днів поспіль	2
	б) від 13 до 21 календарних днів поспіль	3
	в) 22 календарні дні поспіль та більше	5

ЗНИЖЕННЯ ГОСТРОТИ ЗОРУ:

Гострота зору		Розмір страхової виплати, % страхової суми	Гострота зору		Розмір страхової виплати, % страхової суми
До травми	Після травми		До травми	Після травми	
1,0	0,9	3	0,7	0,2	15
	0,7-0,8	5		0,1	20
	0,4-0,6	10		нижче 0,1	30
	0,3	15		0,0	40
	0,2	20	0,6	0,4-0,5	5
	0,1	30		0,2-0,3	10
	нижче 0,1	40		0,1	15
	0,0	50		нижче 0,1	20
0,9	0,8	3	0,5	0,0	25
	0,6-0,7	5		0,3-0,4	5
	0,4-0,5	10		0,1-0,2	10
	0,3	15		нижче 0,1	15
	0,2	20	0,4	0,0	20
	0,1	30		0,2-0,3	5
	нижче 0,1	40		0,1	10
	0,0	50		нижче 0,1	15
0,8	0,7	3	0,3	0,0	20
	0,6	5		0,1-0,2	5
	0,4-0,5	10		нижче 0,1	10
	0,3	15		0,0	20
	0,2	20	0,2	0,1	5
	0,1	30		нижче 0,1	10
	нижче 0,1	40		0,0	20
	0,0	50		нижче 0,1	10
0,7	0,6	3	0,1	0,0	20
	0,5	5		нижче 0,1	10
	0,3-0,4	10	нижче 0,1	0,0	20

ПАМ'ЯТКА для Страхувальника та Застрахованої особи

Страхова компанія «ПЗУ Україна страхування життя» щиро вітає Вас із приєднанням до кола клієнтів Компанії та запевняє, що зробить усе можливе для того, щоб Ви були цілком задоволені партнерством у сфері страхування життя та високим рівнем обслуговування. Звертаємо Вашу увагу на наступне.

У разі настання випадку, який має ознаки страхового, необхідно:

Повідомити Страхову компанію про настання такого випадку протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня його настання або з дня, коли про це стало відомо, та надати повні, правдиві та достовірні відомості про причини та обставини настання цього випадку.

Повідомити Страхову компанію може сама Застрахована особа, Страхувальник, Вигодонабувач, спадкоємець або довірена особа будь-яким зручним способом зазначеним нижче:

1. за телефоном контакт-центру Страхової компанії: **0-800-501-112** (безкоштовно по всій Україні), **(044) 581 99 98**;
2. по електронній пошті: servicelife@pzu.com.ua;
3. поштою за адресою:
вул. Дегтярівська, 62, м. Київ, 04112, ПрАТ СК «ПЗУ Україна страхування життя» (операційний департамент).

Інформація, яку необхідно надати при повідомленні про настання випадку:

1. інформація про особу, яка повідомляє про настання випадку:
 - прізвище, ім'я, по батькові;
 - відношення до Застрахованої особи;
 - контактний телефон.
2. прізвище, ім'я, по батькові Застрахованої особи;
3. номер Договору страхування (Страхового свідоцтва);
4. дата настання випадку;
5. причини та обставини, за яких стався випадок (хвороба, дорожньо-транспортна пригода, протиправні дії третіх осіб, падіння тощо);
6. характер та наслідки випадку (травматичне ушкодження, діагностування хвороби, встановлення групи інвалідності тощо);
7. назва, адреса та контактний телефон лікувального закладу, де Застрахованій особі надавалась медична допомога, в тому числі перша медична допомога.

Спеціалісти Страхової компанії зареєструють повідомлення про настання випадку та нададуть інформацію щодо подальших дій і переліку документів, необхідних для отримання страхової виплати.

Актуальну і корисну інформацію про страхування життя, страхові продукти Страхової компанії, дії у разі настання випадку, перелік документів, необхідних для отримання страхової виплати, Ви зможете знайти на офіційному сайті Страхової компанії **www.pzu.com.ua**



