

Правила добровільного страхування життя ПрАТ «МетЛайф»

Нова редакція, зареєстрована Нацкомфінпослуг 17.12.2015р. за №0115339

MetLife®

ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ПРАВИЛАХ

Страхування	Вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних та юридичних осіб, у разі настання певних подій (Страхових Випадків), визначених Договором Страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними та юридичними особами страхових платежів (Страхових Премій) та доходів від розміщення коштів цих фондів.
Страхування життя	Вид особистого страхування, який передбачає обов'язок Страховика здійснити Страхову Виплату згідно з Договором Страхування у разі смерті Застрахованої Особи, а також, якщо це передбачено Договором Страхування, у разі дожиття Застрахованої Особи до закінчення строку дії Договору Страхування та (або) досягнення Застрахованою Особою визначеного Договором Страхування віку. Умови Договору Страхування життя можуть також передбачати обов'язок Страховика здійснити Страхову Виплату у разі Нещасного випадку, що стався із Застрахованою Особою, та (або) хвороби Застрахованої Особи. У разі, якщо при настанні Страхового Випадку передбачено регулярні послідовні довічні Страхові Виплати, обов'язковим є передбачення у Договорі Страхування ризику смерті Застрахованої Особи протягом періоду між початком дії Договору Страхування та першою Страховою Виплатою з числа довічних виплат анuitету. В інших випадках передбачення ризику смерті Застрахованої Особи є обов'язковим протягом всього строку дії Договору Страхування життя.
Страховик	Приватне акціонерне товариство «МетЛайф», яке укладало із Страхувальниками Договори Страхування життя, створене згідно з Законом України «Про господарські товариства», Законом України «Про страхування» та іншим законодавством України, і має ліцензію на право здійснення діяльності зі страхування життя. У випадку, якщо Страховик у зв'язку зі змінами у законодавстві чи з інших причин змінить найменування, воно підлягатиме заставленню у всій документації, в тому числі за раніше укладеними Договорами Страхування.
Страхувальник	Юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала зі Страховиком Договори Страхування та зобов'язана сплачувати Страхові Премії у встановлені строки та виконувати інші умови Договору Страхування.
Сторона	Страховик та Страхувальник відповідно до визначення цих термінів вище.
Застрахована Особа	Особа, про страхування життя або життя та здоров'я якої укладений Договір Страхування, та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором Страхування.
Вигодонабувач	Фізична особа або особи та/ або юридична особа (особи), які мають право отримати Страхову Виплату згідно з умовами Договору Страхування.
Вигодонабувач, призначений на випадок смерті Застрахованої Особи	Фізична особа або особи та/ або юридична особа (особи), визначені Страхувальником в Договорі Страхування за погодженням із Застрахованою Особою та затверджені Страховиком, які мають право отримати Страхову Виплату у випадку смерті Застрахованої Особи. Якщо на момент подання заяви про отримання Страхової Виплати Вигодонабувач не визначений, або помер, або не має права на отримання Страхової Виплати, то Страхова Виплата виплачуватиметься спадкоємцям Застрахованої Особи згідно з чинним законодавством України.
Нещасний випадок	Випадкова, зовнішня, насильницька, раптова, не спричинена Застрахованою Особою навмисно та не пов'язана з іншими подіями подія, що сталася протягом строку дії Договору Страхування та спричинила таке тяжке тілесне ушкодження або таку травму Застрахованої Особи, в результаті якої вона є тимчасово або постійно, повністю чи частково непрацездатна, потребує госпіталізації чи убиття.
Нещасний випадок на транспорті	Не спричинена Застрахованою Особою навмисно раптова подія на велосипедному, автодорожньому, рейковому, морському, річковому або авіаційному транспорті, що сталася під час перевезення Застрахованої Особи велосипедом, наземним моторним транспортним засобом, громадським муніципальним електротранспортом (у якості пасажирів або водія), потягом, човном або регулярними пасажирськими авіалініями незалежно від того чи під час руху, чи не у русі, включаючи посадку та висадку, зліт та приземлення, в процесі якого смерть або тілесне ушкодження Застрахованої Особи сталася в прямому зв'язку з використанням цього транспортного засобу. При цьому, якщо вимагається відповідним законодавством України, такий транспортний засіб має бути зареєстрований та офіційно допущений до пасажирських перевезень згідно з законодавством.
	Нещасним випадком на транспорті також є тілесні ушкодження або смерть Застрахованої Особи наслідок удару транспортним засобом.
	Нещасним випадком на транспорті не вважається випадком, що стався в прямому зв'язку з використанням цього транспорту, і відповідно не вважається Страховим Випадком, якщо такий випадок спричинений туристичним актом, навмисними діями, справляннями на настання Нещасного випадку, використанням транспортного засобу в спортивних цілях, природним лихом, іншими ускладненнями просування, причина яких не стосуються транспорту.
Страхова Сума	Грошова сума, яка передбачена умовами Договору Страхування для кожної Програми Страхування, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату Вигодонабувачу при настанні Страхового Випадку.
Страховий Випадок	Подія, передбачена Договором Страхування, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову Виплату Застрахованій Особі або Вигодонабувачу згідно з Договором Страхування або особи, що має право на отримання Страхової Виплати відповідно до законодавства України. Конкретний перелік Страхових Випадків визначається у Договорі Страхування згідно з умовами програм страхування, включених до Договору Страхування, наведених у Додатку 1 до цих Правил.
Страхова Виплата	Грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору Страхування при настанні Страхового Випадку. Страхові Виплати за Договором Страхування життя здійснюються в розмірі Страхової Суми (її частини) та (або) у вигляді регулярних, послідовних виплат обумовлених у Договорі Страхування сум (анuitету).
Страхова Премія (страховий платіж, страховий внесок)	Плата за страхування, укладена обома Сторонами для кожної Програми Страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором Страхування.
Страховий Тариф	Ставка страхового внеску з одиниці Страхової Суми за визначений період страхування.
Договір Страхування	Письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання Страхового Випадку здійснити Страхову Виплату Застрахованій Особі або Вигодонабувачу, а Страхувальник зобов'язується сплачувати Страхові Премії у визначені строки та виконувати інші умови Договору Страхування.
Заява про страхування	Заява про намір укласти Договір Страхування життя. Сторони можуть визначити Заяву про страхування невід'ємною частиною Договору Страхування.
Страховий Поліс	Посвідчення факту укладання Договору Страхування. У випадку укладання Договору Страхування шляхом обміну документами Страховий Поліс є його невід'ємною частиною.
Викупна Сума	Сума, яка виплачується Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору Страхування за вирахування будь-яких сум, належних до сплати Страховику, та розраховується математично на день припинення Договору Страхування залежно від періоду, протягом якого дія Договору Страхування, згідно з методикою, яка проходить експертизу в Уповноваженому органі, здійснена актуарієм і є невід'ємною частиною Правил.
Анuitет	Послідовність регулярних виплат обумовлених у Договорі Страхування.
Період страхування	Період часу, зазначений в Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування як період, на який укладається Договір Страхування.
Належна дата сплати Страхової Премії	Дата, визначена в Договорі Страхування для сплати Страхових Премій.
Попередня оплата	Сплата першої Страхової Премії після підписання Заяви про Страхування, яка вважається Страховою Премією лише після того, як буде випишений Страховий Поліс.
Дата набрання чинності	День (що розпочинається о 00 годин 00 хвилин за київським часом встановленої дати), коли набирає чинності страхування за Договором Страхування.
Компетентні органи	Органи державної влади, правоохоронні органи, банки, медичні заклади та інші підприємства, установи і організації, що володіють інформацією про передумови, факт, причини, обставини та наслідки страхових випадків та інших подій, що можуть бути визнані страховим випадком, або пов'язані з ним.
Заняття спортом на професійному рівні	Залучення з метою отримання прибутку до комерційного напрямку діяльності у спорті, пов'язаної з підготовкою та проведенням виступів спортивних заходів на високому організаційному рівні. 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. **ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ**
- 1.1. На підставі цих Правил добровільного страхування життя Приватне акціонерне товариство "МетЛайф" (далі - "Страховик") укладає Договори добровільного страхування життя (далі - "Договори Страхування") з юридичними особами та фізичними особами (далі - "Страховуваними").
- 1.2. Ці Правила добровільного страхування життя (далі - "Правила", "Правила Страхування") розроблені згідно з Законом України "Про страхування", Цивільним кодексом України та іншим законодавством України, впроваджують згідно з внутрішнім розпорядженням Страховика і регулюють відносини, що виникають при укладанні та виконанні Договору Страхування.
2. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**
- 2.1. Предметом Договору Страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням Застрахованої Особи.
3. **СТРАХОВІ РИЗИКИ**
- 3.1. Страховий Ризик - невідома подія, на випадок якої проводиться страхування та яка має ознаки імовірності та випадковості настання. Програми страхування можуть передбачати такі страхові ризики або будь-яку їх комбінацію:
 - 3.1.1. Дожиття Застрахованої Особи на строку;
 - 3.1.2. Дожиття Застрахованої Особи до певного віку;
 - 3.1.3. Смерть Застрахованої Особи;
 - 3.1.4. Смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку;
 - 3.1.5. Смерть Застрахованої Особи та її подружжя внаслідок одного Нещасного випадку;
 - 3.1.6. Смерть/Каліцтво/Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку;
 - 3.1.7. Постійна непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку;
 - 3.1.8. Смерть або/та Постійна та Повна Непрацездатність Страховувальника (звільнення від сплати Страхових Премій);
 - 3.1.9. Постійна та Повна Непрацездатність Страховувальника (звільнення Страховувальника від сплати Страхових Премій на час непрацездатності);
 - 3.1.10. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, спричинений травматичними ушкодженнями;
 - 3.1.11. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку або хвороби, який призвів до хірургічного втручання;
 - 3.1.12. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку або хвороби, який призвів до госпіталізації;
 - 3.1.13. Тимчасова непрацездатність в період одужання після госпіталізації, зазначеної в п. 3.1.12 Правил;
 - 3.1.14. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, який призвів до хірургічного втручання;
 - 3.1.15. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, який призвів до госпіталізації;
 - 3.1.16. Тимчасова непрацездатність в період одужання після госпіталізації, зазначеної в п.3.1.15 Правил;
 - 3.1.17. Діагностування критичного захворювання Застрахованої Особи;
 - 3.1.18. Постійна непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок хвороби або Нещасного випадку;
 - 3.1.19. Смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку на транспорті;
 - 3.1.20. Смерть/Каліцтво/Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку на транспорті;
 - 3.1.21. Постійна непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку на транспорті;
 - 3.1.22. Рак жіночого органу Застрахованої Особи;
 - 3.1.23. Розлад здоров'я Застрахованої Особи в зв'язку з раком жіночого органу, який призвів до госпіталізації;
 - 3.1.24. Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку;
 - 3.1.25. Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку;
 - 3.1.26. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку або хвороби, який призвів до транспортування Застрахованої Особи автомобілем "швидкої допомоги" до лікарні з метою госпіталізації, зазначеної в п. 3.1.12 Правил;
 - 3.1.27. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, який призвів до транспортування Застрахованої Особи автомобілем "швидкої допомоги" до лікарні з метою госпіталізації, зазначеної в п.3.1.15 Правил.
- 3.2. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, спричинений переломом та/або опіком.
4. **ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**
- 4.1. Згідно з Договором Страхування, якщо іншого не буде безпосередньо обумовлено його умовами, будь-яка подія не визнається Страховим Випадком, і Страхова Виплата не здійснюється, якщо така подія була прямо або опосередковано спричинена:
 - 4.1.1. Війною, Поняття "війна" охоплює будь-яке оголошене війну, будь-яке військове операцію чи вторгнення, ворожі акти іноземних військових сил, повстання, бунт, заколот, громадський війну, операції з утримання влади, військовий стан або період облоги, або будь-які інші події чи події для оголошення військового стану чи війни; або
 - 4.1.2. Опухотливі новоутворення або злоякісні новоутвореннями, якщо на момент смерті Застрахована Особа мала Синдром Набутого Імунodefіциту;
 - 4.1.2.1. В контексті цієї статті термін "Синдром Набутого Імунodefіциту" вживається в значенні, що відповідає визначенню Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я. Копія такого визначення зберігається у головному офісі Страховика;
 - 4.1.2.2. Опухотливі новоутворення, не обмежуючись цим, пневмоцистити пневмонію, збудників хронічного ентериту, вірусну та/або дисеміновану грибкову інфекцію;
 - 4.1.2.3. Злоякісні новоутворення, які відомі або можуть стати відомі в майбутньому як такі, що є безпосередньою причиною смерті людини, її непрацездатності та розладу здоров'я, що призвів до хірургічного втручання та/або госпіталізації за наявності у неї набутого імунodefіциту;
 - 4.1.2.4. "Синдром Набутого Імунodefіциту" включає ВІЛ-асоційовану енцефалопатію (слабоумство) та ВІЛ-асоційоване виснаження.
 - 4.1.3. Алкогольний сп'янінням чи алкогольною інтоксикацією або токсичним чи наркотичним сп'янінням Застрахованої Особи та/або тілесними ушкодженнями Застрахованої Особи внаслідок вживання не наркотичних, сильніючих та психотропних речовин без рецепту, прописаного лікарем; або зловживанням усіма зазначеними вище речовинами. Наявність алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння визнається згідно з відповідним законодавством України; або
 - 4.1.4. Скоєнням чи пробою скоєння злочину Застрахованою Особою; або
 - 4.1.5. Діями Страховувальника, Застрахованої Особи або Вигодонабувача, які спрямовані на настання Страхового Випадку, незалежно від їхнього психічного стану; або Керуванням Застрахованою Особою будь-яким транспортним засобом без права керування чи під впливом алкоголю або наркотичних речовин, або передачею Застрахованою Особою керування особою, яка не мала права на керування транспортним засобом; або
 - 4.1.7. Будь-яким порушенням стану здоров'я Застрахованої Особи, яке викликане радіаційним опроміненням або є результатом використання атомної енергії, якщо інше не передбачено Договором Страхування;
 - 4.1.8. Або іншими подіями чи обставинами, які визначені як виключення за згодою Сторін, в тому числі, перебуванням Застрахованої Особи у місцях позбавлення волі.
- 4.2. Якщо це передбачено Договором Страхування, у випадку смерті Застрахованої Особи внаслідок причин, описаних в пунктах 4.1.1 - 4.1.8 Правил, можуть бути виплачені такі суми (за вирахуванням сум, що підлягають сплаті Страховику):
 - Сума, що дорівнює Викупній Сумі, розрахований на дату смерті Застрахованої Особи;
 - Сума розрахованого Негарантованого Бонусу;
 - Сума Спеціального Фонду Індексації, як передбачено в Додатку 1 - 16 до цих Правил.
- 4.3. Назначена виплата може бути здійснена Вигодонабувачу або правонаступнику (спадкоємцю) Застрахованої Особи (якщо Вигодонабувачі не визначені в Договорі Страхування), або правонаступнику (спадкоємцю) Вигодонабувача, якщо Вигодонабувач не є живим на день здійснення такої виплати.
- 4.4. Факт відсутності трупа чи неможливості його ідентифікації не вважається смертю Застрахованої Особи та не визнається Страховим Випадком, крім випадків, коли факт смерті було визано у судовому порядку.
- 4.5. За необхідності Вигодонабувач буде зобов'язаний підтвердити, що Страховий Випадок не був спричинений жодною із обставин, зазначених як Виключення із Страхових Випадків. Ця умова є обов'язковою для виконання Страховиком свого зобов'язання.
- 4.6. Самогубство або спроба самогубства Застрахованої Особи:
- 4.7. Якщо Застрахована Особа вчиняє самогубство або помирає внаслідок замаху на самогубство (незалежно від стану її психічного здоров'я) протягом перших двох років після набрання чинності Договором Страхування або відновлення надання страхових послуг за Договором Страхування згідно з умовами статті 6 Правил, Страховик зобов'язаний здійснити виплату у розмірі Страхової Премії, сплаченої впродовж всього строку дії Договору Страхування, за вирахуванням будь-яких сум витрат на ведення справи та/або сум, що підлягають сплаті Страховувальнику Страховику відповідно до законодавства України або умов Договору Страхування.
- 4.8. Якщо Застрахована Особа вчиняє самогубство або помирає внаслідок замаху на самогубство (незалежно від стану її психічного здоров'я) після закінчення перших двох років після набрання чинності Договором Страхування або відновлення надання страхових послуг за Договором Страхування згідно з умовами статті 6 Правил, Страховик зобов'язаний здійснити виплату Страхової Виплати, передбаченої Договором Страхування, за вирахуванням сум, належних до сплати Страховувальнику;
- 4.9. Якщо мало місце збільшення Страхової Суми протягом останніх двох років перед самогубством, Страховик зобов'язаний здійснити Страхову Виплату, розраховану до такого збільшення Страхової Суми, за умови сплати Страхової Премії згідно з умовою збільшення Страхової Суми за вирахуванням сум, належних до сплати Страховувальнику.
- 4.10. Не визнаються Страховими Випадками та Страхові Виплати Страховиком не здійснюються щодо подій, що мали місце до початку або після закінчення дії відповідної програми страхування, а також протягом Дворічного Періоду, визначеного в пункті 6.2 Правил.
5. **СТРАХОВА ПРЕМІЯ, СТРАХОВИЙ ТАРИФ**
- 5.1. Розмір Страхової Премії визнається згідно зі страховими тарифами, які наведено у Додатку 2 до цих Правил.
- 5.2. Страхові тарифи обчислюються Страховиком актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання Страхових Випадків та таблиці смертності, доленої до цих Правил в Додатку 3 і 4, з урахуванням надбавок Страховика та величини інвестиційного доходу, зазначеному в Договорі Страхування. Страховик має право переглянути розмір Страхової Премії за Програмами страхування додаткових ризиків, які зазначено у відповідних положеннях таких Програм.
- 5.3. Страхова Премія сплачується щорічно протягом строку дії Договору Страхування, якщо інше не визначено у Договорі Страхування. Страхова Премія може також бути сплачена одноразово за весь період дії Договору Страхування. У такому випадку вживається термін "Одноразова Страхова Премія".
- 5.4. Жодна попередня оплата, здійснена на день підписання Заяви на укладання Договору Страхування (надалі - "Заяви") або до випуску Страхового Поліса, не вважається Страховою Премією, доки Страховий Поліс не буде випущено.
- 5.5. Будь-яка наступна річкова Страхова Премія належить до сплати в день кожної річної набрання чинності Договором Страхування (належна дата сплати Страхової Премії). Також, якщо це зазначено в Договорі Страхування, Страхова Премія може сплачуватись рівними попередньо узгодженими частинами частіше, ніж один раз на рік згідно з погодженим графіком. В такому випадку Страхова Премія буде збільшена Страховиком на додаткові навантаження, які зазначено у Заяві.
- 5.6. Страхова Премія вважається сплаченою після зарахування суми Страхової Премії на банківський рахунок Страховика.
- 5.7. Страховик не зобов'язаний надіслати Страховувальнику повідомлення про необхідність сплати чергової Страхової Премії. Надіслання такого повідомлення Страховиком в жодному разі не є умовою для повного відшкодування вимоги, вимоги повного відшкодування і повного ревенювання.
- 5.8. Грошові зобов'язання Сторін за Договорами Страхування за їх згодою можуть бути визначені як національної валюти України, так і у відносною національної валюти або розрахункових величинах, що визначають фактичний розмір зобов'язань Страховика на дату виникнення або виконання цих зобов'язань, якщо це не суперечить чинному законодавству України. Страхові Премії, Викупні Суми та Страхові Виплати за такими Договорами Страхування здійснюються тією валютою, яка передбачена Договором Страхування, якщо інше не визначено законодавством України.
6. **УМОВИ ПРИЗВИТТЕННЯ СПЛАТИ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ**
- 6.1. Страховик має право встановити період у 30 (тридцять) календарних днів (надалі - "Пільговий Період") від належної дати сплати Страхової Премії. Під час розгляду та вергулювання заяви на здійснення Страхової Виплати Застрахованої Особи, Вигодонабувача або іншої особи, яка має право на одержання Страхової Виплати, щодо Страхових Випадків, що сталися протягом Пільгового Періоду, від несплатення вчасно Страхової Премії за Договором Страхування може бути вираховано із Страхової Виплати.

- 6.2. Якщо чергова Страхова Премія не сплачується протягом Пільгового Періоду, та не можуть бути застосовані умови пункту 6.5 Правил щодо автоматичного надання кредиту, та Договір Страхування Суми, достатньої для набуття договором статусу Спального Договору Страхування, не було виплачено Викупну Суму, то Страховальнику додатково надається пільговий період на строк 2 (двох) років з дати, наступної за датою закінчення Пільгового Періоду (надалі - "Дворічний період"). Протягом Дворічного періоду Страховик надає страхові послуги за Договором Страхування у обмеженому обсязі, а саме: Страхова Сума за кожним із Страхових Випадків, що передбачені Договором Страхування, дорівнює 1 (одній) гривні. Дворічний період встановлюється з метою надання Страховальнику можливості поновлення надання страхових послуг у повному обсязі (тобто поновлення попередніх розмірів Страхових Сум) на особливих умовах, наведених нижче у підпунктах 1), 2), 3) та 4) цього пункту. Протягом Дворічного періоду Страховальник звільняється від зобов'язання сплачувати Страхові Премії, це стає лише його правом. Для поновлення надання страхових послуг за Договором Страхування у повному обсязі необхідне виконання протягом Дворічного періоду всіх наведених нижче умов або іншої процедури, передбаченої Страховиком:
- 1) Подання Страховальником письмової заяви на поновлення попередніх розмірів страхових сум;
 - 2) Задоволення вимог Страховика щодо можливості страхування;
 - 3) Сплата всіх несплачених за Пільговий період та період надання страхових послуг у обмеженому обсязі регулярних Страхових Премій та пені, нарахованих на суму таких Страхових Премій за останніми 10 (десять) місяців річних за період, визначений Страховиком на дату поновлення попередніх розмірів страхових сум за Договором Страхування. Разом з поновленням надання страхових послуг виникає зобов'язання Страховальника щодо сплати Страхових Премій;
 - 4) Погашення будь-якого кредиту разом із відсотками за користування ним, як передбачено в пунктах 6.3 та 20.4 цих Правил.
- 6.3. Якщо протягом Дворічного періоду не відбулося поновлення надання страхових послуг у повному обсязі, Договір Страхування припиняє дію. Сплата Страховальником будь-яких сум грошових коштів Страховику після припинення дії Договору Страхування або протягом Дворічного періоду в разі невиконання будь-якої з умов підпунктів 1), 2), 3), 4) пункту 6.2 не призводить до виникнення у Страховика будь-якої відповідальності, за винятком відповідальності в з повернення:
- 1) 00 годин 00 хвилин за київським часом дня поновлення надання страхових послуг відповідно до повідомлення Страховика;
 - 2) 23 години 59 хвилин за київським часом останнього дня другого року з дати, наступної за датою закінчення Пільгового Періоду. При цьому Страховик утримує штраф за дострокове припинення дії Договору Страхування, що дорівнює Викупній Сумі, розрахованою на цю дату.
- 6.5. Автоматичне надання кредиту для сплати Страхових Премій.
- 6.5.1. За письмовою заявою Страховальника, наведеною в Заяві на укладання Договору Страхування або поданою пізніше, але впродовж строку дії Договору Страхування, Страхові Премії, не Страхові Премії, зазначені в Пільговому Періоді, можуть бути заарховані у суму Спального Договору Страхування (надалі іменується "автоматичний кредит для сплати Страхових Премій") згідно з умовами кредитного договору та/або договору про відкриття кредитної лінії, за умови що:
- a) договір Страхування діє та страхові послуги надаються більше, ніж 3 роки; і
 - b) сума кредиту разом із будь-якими іншими платежами, належними до сплати Страховику, не перевищує Викупну Суму згідно з умовами Договору Страхування.
- Кредит для сплати будь-якої суми несплачених річних Страхових Премій надається в межах Викупної Суми, яка розраховується на підставі кількості повних років страхування, починаючи з дати набрання чинності Договором Страхування за вирахуванням відатків, передбачених чинним законодавством України;
- 6.5.2. Будь-який автоматичний кредит для сплати Страхових Премій регулюється пунктом 20.4 "Кредит. Умови надання кредиту. Передача права за Договором Страхування на користь Страховика як забезпечення виконання зобов'язань за кредитним договором";
- 6.5.3. Якщо Сума, необхідна для повного проведення розрахунків зі сплати Страхових Премій, разом із всіма іншими належними до сплати Сумами, перевищує Викупну Суму, Договір Страхування зберігає чинність протягом періоду, який розраховується як відношення Викупної Суми на відповідну дату до суми Страхових Премій, термін сплати яких настає. Розрахунок зі сплати Страхових Премій грошовими коштами може бути знову розпочато протягом періоду дії Договору Страхування відповідно до положень про автоматичне надання кредиту для сплати Страхових Премій.
- 6.6. Набуття Договором Страхування статусу Спального Договору Страхування;
- 6.6.1. Якщо Договір Страхування діє довше ніж 3 роки, (не враховуючи Дворічний період), і Страховальник не виявив бажання припинити дію Договору Страхування, а також не застосовується положення про автоматичне надання кредиту для сплати Страхових Премій, то Договір Страхування набуває статусу Спального Договору Страхування без подальшої сплати Страхових Премій та буде залишатися чинним, але за умови відповідного зменшення розміру Страхової Суми, зменшена Страхова Сума розраховується відповідно до розміру Викупної Суми на момент припинення сплати Страхової Премії після вирахування будь-яких сум, належних до сплати Страховальником. Зазначена Викупна Сума вважатиметься Одноразовою Страховою Премією для програм страхування, аналогічних Програмі страхування основних ризиків згідно з таким Договором Страхування;
- 6.6.2. Під час розрахунку зменшеної Страхової Суми віком Застрахованої Особи вважатиметься її вік за останнім днем народження на момент припинення сплати Страхової Премії. Зменшена Страхова Сума виплачується Страховиком відповідно до умов виплати Страхових Сум;
- 6.6.3. Набуття Договором Страхування статусу Спального Договору Страхування є достатнім і спричиняє припинення дії всіх Програм страхування додаткових ризиків, якщо інше не передбачено в Програмі страхування додаткових ризиків, а також Страховальник втрачає право на проведення індексації відповідно до Додатків 1-16 та 1-17 до Правил;
- 6.6.4. Набуття Договором Страхування статусу Спального Договору Страхування не дозволяється у випадку, якщо зменшена Страхова Сума буде меншою мінімальної Страхової Суми, встановленої Страховиком на той час.
- 7. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВОЇ СУМИ**
- 7.1. Страхова Сума встановлюється у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування для кожної Застрахованої Особи за погодженням між Страховиком та Страховальником, згідно з умовами Страхової Суми.
- 7.2. Страхову Суму може бути встановлено за окремим Страховим Випадком, групою Страхових Випадків та Договору Страхування у цілому.
- 7.3. Страхова Сума не встановлюється за окремим Страховим Випадком, у разі настання якого здійснюється регулярні послідовні Страхові Виплати у вигляді анuitету.
- 7.4. Страхова Сума може включати суму інвестиційного доходу, передбаченого законодавством України та цими Правилами, як зазначено у Страховому Полісі або у Договорі Страхування.
- 7.5. Страхові Виплати за Договором Страхування здійснюються в розмірі Страхової Суми (її частини) та (або) у вигляді регулярних, послідовних виплат (анuitету), порядком і умови сплати яких обумовлені у Договорі Страхування. Крім цього, Страхова Виплата може збільшуватися на суму Незарптованого Бонусу, якщо такий є, та інші суми (бонуси), якщо це передбачено відповідною програмою страхування та законодавством України.
- 8. ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ МОЖЕ ПЕРЕДАВАТИ ІНДЕКСАЦІЮ В ПОРЯДКУ, ВСТАНОВЛЕНОМУ У ДОДАТКАХ 1-16 ТА 1-17 ДО ЦИХ ПРАВИЛ.**
- 8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**
- 8.1. Строк дії Договору Страхування визначається сторонами у Договорі Страхування або у Страховому Полісі, або у відповідному Додатку до Договору Страхування.
- 8.2. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, Страхові послуги надаються Страховиком (програми починають діяти) тільки у випадку виконання всіх наведених нижче умов:
- 8.2.1. підписання Заяви всіма сторонами та наявності всіх документів, необхідних для укладення Договору Страхування;
 - 8.2.2. відповідність Застрахованої Особи вимогам Страховика щодо можливості страхування;
 - 8.2.3. проходження Застрахованою Особою медичного огляду на вимогу Страховика;
 - 8.2.4. попередня оплата на розрахунковий рахунок Страховика в повному обсязі суми, зазначеної в Заяві, та її одержання Страховиком.
- 8.3. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, Договір Страхування набирає чинності з дати настання Страхового Випадку. Страхові послуги починаються (програми починають діяти) у разі виконання умов п. 8.2 цих Правил та за умови, що стан здоров'я Застрахованої Особи не змінився з моменту підписання письмової Заяви на укладання такого Договору Страхування, з дати настання події, що відбулася пізніше:
- 8.3.1. підписання Заяви остаточно зі сторін; або
 - 8.3.2. проходження медичного огляду згідно з вимогами Страховика.
- 8.4. Строк дії Договору Страхування припиняється з 23 години 59 хвилин за київським часом дня, визначеного в Страховому Полісі (Додатку, Договорі страхування) як дата закінчення його дії.
9. Договір Страхування діє на території будь-якої країни світу, якщо інше не передбачено Договором Страхування.
- 9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**
- 9.1. Договір Страхування життя може бути укладено як шляхом складання одного документа (договору страхування), підписаного сторонами, так і шляхом обміну листами, документами, підписаними сторонами, як їх надсилає. У разі надання Страховальником письмової заяви за формою, встановленою Страховиком, що виражає намір укласти Договір Страхування, такий Договір може бути укладений шляхом випуску Страховальником Страхового Поліса, а саме:
- 1) Заявлений Страховальник (далі - "Заявник") ознайомлюється з Правилами страхування та надає письмову заяву у двох примірниках за формою, встановленою Страховиком, що висловлює намір укласти Договір Страхування;
 - В момент подання Заяви Заявник зобов'язаний надати Страховику інформацію щодо всіх обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, визначення вірогідності настання Страхового Випадку та розміру потенційних Страхових Виплат.
 - Якщо після укладення Договору Страхування, але до настання Страхового Випадку з'ясується, що Страховальник надав Страховику заочно неправдиву інформацію щодо таких обставин, Страховик має право достроково припинити дію Договору Страхування з дня, коли така інформація стала відомою Страховику. У такому випадку Страховик не матиме жодних зобов'язань перед Страховальником за винятком зобов'язання повернення Страхових Премій, сплачених за Договором Страхування, за вирахуванням будь-яких сум, належних до сплати Страховику.
 - Якщо після настання Страхового Випадку з'ясується, що Страховальник надав Страховику завідомо неправдиву інформацію щодо таких обставин, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхових Виплат та достроково припинити дію Договору Страхування;
 - 2) Страховальник сплачує грошові кошти у розмірі першої регулярної або одноразової Страхової Премії у повному обсязі, та ці кошти надходять на розрахунковий рахунок Страховика;
 - 3) Страховик випускає Страховий Поліс після того, як він отримав і затвердив Заяву на укладання Договору Страхування, заповнену і підписану заявленою Застрахованою Особою та Страховальником, якщо це різні особи, разом із документами, які можуть вимагатися Страховиком для з'ясування можливості страхування, і, зокрема, стану здоров'я заявленої Застрахованої Особи. Страховий Поліс випускається Страховальнику, що є підтвердженням факту відповідності Застрахованої Особи вимогам Страховика щодо можливості страхування.
 - 4) договір Страхування вважається укладеним з дати, визначеної в пункті 8.3 Правил, що підтверджується випуском Страхового Поліса.
 - Договір Страхування може також укладатися в іншому порядку та у іншій формі, ніж визначено вище, за умов дотримання вимог законодавства України, чинних на момент укладення відповідного Договору Страхування.
- 9.2. Страховик залишає за собою право відмовити Страховальнику в укладенні Договору Страхування у випадку наявності у заявленої Застрахованої Особи певних захворювань/ станів, включаючи, але не обмежуючись, такими:
- СНІД або позитивний результат тесту на наявність антитіл до ВІЛ;
 - алкольна або наркотична залежність (на момент укладення Договору Страхування або до 2-х років абстиненції);
 - злоякісні пухлини (оперовані) (IV ст. з метастазами);
 - ДЦП важкого ступеня (з порушенням розумової діяльності);
 - хронічна ниркова недостатність (необхідність гемодіалізу на момент укладення Договору Страхування);
 - розсіяний склероз (важкого ступеня і такий, що прогресує);
 - важкі хронічні (генетичні) захворювання крові, анемії;
 - хорей (вроджений);
 - важка форма епілепсії з ознаками порушення розумової діяльності;

- важкі генетичні хромосомні захворювання (синдром Дауна);
 - хвороба Паркінсона;
 - хвороба Альцгеймера;
 - інші хронічні психічні розлади;
 - бічний аміотрофічний склероз.
- 9.3. Невід'ємними частинами Договору Страхування є такі документи, які оформлюються в письмовій формі:
- 1) Заява Страхувальника про страхування;
 - 2) Копія цих Правил;
 - 3) Страховий Поліс;
 - 4) Опис відповідних Програм Страхування;
 - 5) додаткові угоди та/або Додатки до чинного Договору Страхування у випадку змін та доповнень до Правил Страхування та/або умов Програм та Договору Страхування;
 - 6) Медичні довідки та інші медичні документи щодо стану здоров'я Застрахованої Особи та Страхувальника;
 - 7) інші документи щодо Застрахованої Особи та Страхувальника, надані на вимогу Страхувальника або складені/подані протомом дії Договору Страхування.
- 9.4. Договір Страхування щодо третіх осіб укладається за згодою їх третій осіб (у випадку страхування неповнолітніх – за згодою їх батьків або опікунів, піклувальників).
- 9.5. У випадку страхування групи осіб до Договору Страхування додається список Застрахованих Осіб, який є невід'ємною частиною Договору.
- 9.6. У разі, якщо Страхувальником за Договором Страхування є юридична особа, то для укладення Договору Страхування Страхувальник має надати такі документи:
- 1) Заяву про страхування на кожну заявлену Застраховану Особу, підписану заявленою Застрахованою Особою (співробітником юридичної особи-Страхувальника) та Страхувальником (уповноваженою особою Страхувальника);
 - 2) Копію паспорта та довідки про присвоєння ідентифікаційного номера заявленої Застрахованої Особи;
 - 3) Офіційні документи (або засвідчені в установленому порядку їх копії), чинні (дійсні) на момент їх надання, які містять усі наведені нижче дані:
 - повне найменування;
 - місцезнаходження;
 - дату та номер запису в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців про проведення державної реєстрації;
 - відомості про виноватий орган;
 - ідентифікаційні дані осіб, які мають право розпоряджатися рахунками та/або майном;
 - дані, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників (контролерів);
 - ідентифікаційний код згідно з Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України;
 - реквізити банку, в якому відкрито рахунок, і номер поточного рахунка;
 - інші дані, що вимагаються законодавством.
- 9.7. У випадку втрати або невиявлення пошкодження Страхового Поліса або Додатку до Договору Страхування Страхувальником, Страхувальник має право звернутися до Страхувальника за документальним підтвердженням факту страхування (яким може бути засвідчена копія Страхового Поліса або Додатку до Договору Страхування). Страхувальник має право встановлювати плату за винятки відповідних дій.
- 10. ПРАВА, ОБОВ'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН**
- 10.1. **Обов'язки Страхувальника:**
- 1) Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;
 - 2) Протягом 2 (двох) днів після отримання письмового підтвердження настання Страхового Випадку вжити заходів для своєчасного здійснення Страхової Виплати Застрахованій Особі або Вигодонабувачу;
 - 3) У разі настання Страхового Випадку здійснити Страхову Виплату у передбачений Договором Страхування строк. Страхувальник несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення Страхових Виплат шляхом сплати Застрахованій Особі або Вигодонабувачу неустойки (пені) у розмірі, який дорівнює сумі нарахованих за період затримки у здійсненні Страхової Виплати відсотків на Страхову Виплату, які розраховуються на підставі річної ставки інвестиційного доходу, але не більше відповідної ставки інвестиційного доходу, встановленої Законом України "Про страхування";
 - 4) Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законодавством України.
- 10.2. **Права Страхувальника:**
- 1) Робити запити до правохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що можуть володіти інформацією щодо причин та обставин Страхового Випадку, а також самостійно з'ясувати причини та обставини Страхового Випадку; з метою розслідування обставин Страхового Випадку вимагати проведення медичного обстеження Застрахованої Особи за допомогою кваліфікованого лікаря, призначеного Страхувальником, а також залучати треті особи до такого розслідування;
 - 2) Під час укладення Договору Страхування вимагати результати медичного огляду Застрахованої Особи та інші документи чи відомості, необхідні для оцінки страхового ризику;
 - 3) Відстрочити ухвалення рішення щодо визнання виплати Страхувальником, якщо щодо заявленого випадку відкрито кримінальне провадження, до закінчення дізнання та досудового слідства постановою про закриття справи або ухвалення вироку судом; а також, якщо у Страхувальника є підстави для проведення самостійного розслідування Страхового Випадку, до закінчення такого розслідування Страхувальником, але не строк не більшій 6 (шести) місяців;
 - 4) У випадку зміни Страхового Ризику Страхувальник має право перетлумити та внести зміни до умов Договору Страхування за умови погодження зі Страхувальником;
 - 5) Відмовити Страхувальнику в укладенні Договору Страхування, зокрема, у разі невідповідності Застрахованої Особи вимогам Страхувальника щодо можливості страхування, у тому числі, через професійну діяльність заявленої Застрахованої Особи, стан її здоров'я, перебування у місцях позбавлення волі тощо.
- 10.3. **Обов'язки Страхувальника:**
- 1) Під час укладення Договору Страхування надавати правдиву та повну інформацію Страхувальнику щодо всіх відомих йому обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надати інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику. Порушення зобов'язання надавати правдиву та повну інформацію може призвести до припинення дії Договору Страхування або відмови у виплаті будь-якої Страхової Суми, або зменшення Страхової Суми, або звеншення Страхової Суми, на розсуд Страхувальника. Однак, якщо Договір Страхування діяв та страхові послуги надавались протягом 3 років після часу введення в дію або з дати відновлення Страхувальником, то подальша діяльність Договору Страхування;
 - 2) Під час укладення Договору Страхування повідомити Страхувальника про інші чинні договори страхування щодо предмета договору;
 - 3) дотримуватися умов Договору Страхування;
 - 4) Своєчасно та повною обсягом інформувати Страхувальника про зміни місця проживання, місця роботи, фактичного роду занять, діяльності, пов'язаної з роботою або регулярним відпочинком (заняття фізичною культурою і спортом, включно діяльність у професійному спорті, самодільний масовий спорт, хокеї, тощо) та реквізитів банківського рахунку Застрахованої Особи та Страхувальника протягом 30 (тридцяти) календарних днів після таких змін;
 - 6) Письмово повідомити Страхувальника про настання Страхового Випадку, протягом 10 (десяти) календарних днів з дня його настання і надавати Страхувальнику в строк, встановлений в Договорі Страхування, всю необхідну інформацію та документи, докази, необхідні Страхувальнику для перевірки законності заяви про здійснення Страхової Виплати, встановлення факту, причин та обставин настання Страхового Випадку та визначення розміру належної Страхової Виплати. Страхувальник має право відмовити у здійсненні Страхових Виплат у випадку ненадання Страхувальником, Застрахованою Особою або Вигодонабувачем документів, доказів та інформації, необхідних для визначення характеру Страхового Випадку, в строки, встановлені в Договорі Страхування, або подання неправдивих відомостей. Всі документи, що подаються Страхувальнику повинні бути оформлені належним чином;
 - 7) Інші обов'язки Страхувальника, передбачені Договором Страхування.
- 10.4. **Права Страхувальника:**
- За згодою Застрахованої Особи призначати Вигодонабувачів для отримання Страхових Виплат у разі смерті Застрахованої Особи, а також змінювати їх до настання Страхового Випадку, якщо інше не передбачено Договором Страхування. Зміна Вигодонабувача відбувається після отримання Страхувальником письмової заяви Страхувальника та затвердження Страхувальником внесення такої зміни до Договору Страхування, якщо інше не передбачено Договором Страхування.
- 10.5. **Відповідальність Сторін:**
- За невиконання своїх обов'язків згідно з Договором Страхування сторони несуть відповідальність згідно з умовами Договору Страхування, Правилами, законодавством України.
- 10.6. **Права Застрахованої Особи:**
- 1) Отримати Страхову Виплату згідно з умовами Договору Страхування, Правил, відповідних Програм;
 - 2) Оскаржити розмір здійсненої Страхувальником Страхової Виплати або відмову у Страховій Виплаті в порядку, передбаченому чинним законодавством України;
 - 3) Одержати будь-які роз'яснення щодо умов укладеного Договору Страхування.
- 10.7. **Обов'язки Застрахованої Особи:**
- 1) У разі настання випадку, що має ознаки страхового, звернутися за медико-санітарною допомогою до медичного закладу (лікарні, травмпункту) та/або інших компетентних органів (відповідно до порядку подання до ДА) до служби швидкої медичної допомоги, органів пожежної охорони, аварійної служби (газо ташо) та вжити всіх розумних (раціональних) заходів з метою уникнення та/або мінімізації втрат або шкоди;
 - 2) Під час укладення Договору Страхування надавати правдиву та повну інформацію Страхувальнику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надати інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику. Порушення зобов'язання надавати правдиву та повну інформацію може призвести до дострокового припинення Договору Страхування або відмови у виплаті будь-якої Страхової Виплати, або зменшення суми Страхової Виплати, на розсуд Страхувальника;
 - 3) Письмово інформувати Страхувальника про зміни свого місця проживання/місця перебування, місця роботи, фактичного роду занять, діяльності, пов'язаної з роботою або регулярним відпочинком (заняття фізичною культурою і спортом, включно діяльність у професійному спорті, самодільний масовий спорт, хокеї, тощо) та реквізитів банківського рахунку Застрахованої Особи та Страхувальника протягом 30 (тридцяти) календарних днів після таких змін;
 - 4) Письмово повідомити Страхувальника про настання Страхового Випадку, протягом 10 (десяти) календарних днів з дня його настання і надавати Страхувальнику в строк, встановлений в Договорі Страхування, всю необхідну інформацію та документи, докази, необхідні Страхувальнику для перевірки законності заяви про здійснення Страхової Виплати, встановлення факту, причин та обставин настання Страхового Випадку та визначення розміру належної Страхової Виплати. Страхувальник має право відмовити у здійсненні Страхових Виплат у випадку ненадання Страхувальником, Застрахованою Особою або Вигодонабувачем документів та інформації, необхідних для визначення характеру Страхового Випадку, в строки, встановлені в Договорі Страхування, або подання неправдивих відомостей. Всі документи, що подаються Страхувальнику для отримання Страхової Виплати повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страхувальник, оформлені та посвідчені належним чином.
- 11. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**
- 11.1. Будь-які зміни до умов Договору Страхування здійснюються за заявою Страхувальника після отримання згоди Застрахованої Особи та погодження зі Страхувальником, а також сплати Страхувальником всіх витрат, пов'язаних з такими змінами, якщо Сторони не узгодять іншіш порядок.
- 11.2. Зміни до умов Договору Страхування оформлюються відповідними Додатком, який додається до Договору Страхування як його невід'ємна частина та підписується (засвідчується) уповноваженим представником Страхувальника.
- 11.3. Внесення змін і доповнень до Договору Страхування здійснюється за взаємною згодою Сторін. Розгляд питання про внесення змін і доповнень до Договору Страхування здійснюється на письмову вимогу будь-якої із Сторін протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати відповідної письмової заяви/звернення, якщо інше не передбачено у Договорі Страхування.
- 12. ПЕРЕДАЧА ПРАВ СТРАХУВАЛЬНИКА**
- 12.1. Права і обов'язки Страхувальника можуть перейти до іншої фізичної особи чи юридичної особи лише за згодою Страхувальника, якщо інше не передбачено Договором Страхування.
- 12.2. У разі смерті Страхувальника-фізичної особи, який уклав Договір Страхування на користь третіх осіб, його права і 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.
- 12.3. Передача прав та обов'язків за Договором Страхування може бути реалізована за письмовою заявою Страховальника та за згодою Застрахованої Особи. Страховик бере на себе зобов'язання з виконання умов Договору Страхування у тому випадку, якщо передача прав та обов'язків за Договором Страхування було оформлено за письмовим погодженням зі Страховиком.
- 13. НАСЛІДКИ ВТРАТИ СТРАХУВАЛЬНИХ ПРАВ ЮРИДИЧНОЇ ОСОБИ**
Якщо в період дії Договору Страхування Страховальник - юридична особа припиняється і встановлюється його правонаступник, права та обов'язки Страховальника згідно з Договором Страхування можуть перейти до його правонаступника.
- 14. ДОСТРОКОВЕ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ З ІНІЦІАТИВИ СТРАХУВАЛЬНИКА**
- 14.1. Договір Страхування, що дів та страхові послуги за яким надавалися безперервно повні три роки, може бути достроково припиненом з ініціативи Страховальника на підставі письмової заяви, складеної за формою, встановленою Страховиком, з дати одержання такої заяви Головним офісом Страховика.
- 14.2. У разі дострокового припинення дії Договору Страхування Страховик виплачує Страховальнику Викупну Суму, що розраховується відповідно до умов, наведених у таблиці, що є додатком до Страхового Попіса. Викупна Сума зменшується на будь-які суми коштів, належні Страховику за Договором Страхування та/або Кредитним Договором, в тому числі належні Страховику за будь-яким іншим договором страхування, що укладено з Страховальником до Договору Страхування, відсотки, штрафи, пені тощо.
- 14.3. Страховик має право відкласти виплату Викупної Суми, а також будь-якого нарахованого Негарантованого бонусу на свій власний розсуд на будь-який строк, який не перевищує 6 (шість) місяців з дати отримання Страховиком зазначеної вище письмової заяви Страховальника.
- 15. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**
- 15.1. Повідомлення про настання випадку, що має ознаки страхового, може здійснюватися Страховальником, Застрахованою Особою, Вигодонабувачем, їх представниками або іншими особами, яким відомо про його настання.
- 15.2. Особа, що має право на отримання Страхової Виплати відповідно до умов Договору Страхування, подає Страховику такі документи, на підставі яких Страховик ухвалює рішення щодо здійснення Страхової Виплати:
- 1) письмову заяву Страховальника, Застрахованої Особи, Вигодонабувача або інших осіб, які мають право на отримання Страхової Виплати згідно з Договором Страхування;
 - 2) у випадку смерті Застрахованої Особи або Страховальника - оригінали або нотаріально посвідчені копії свідоцтва про смерть або рішення суду про оголошення особи померлою, що набрало законної сили, довідки компетентних органів про причину смерті та/або лікарського свідоцтва про смерть оригінали або нотаріально засвідчені копії свідоцтва про народження Застрахованої Особи / Страховальника / Вигодонабувача, нотаріально засвідчене копію документа, що посвідчує ступінь споріднення Вигодонабувача з Особою, що має право на отримання Страхової Виплати, та/або свідоцтва про шлюб;
 - 3) у разі Нещасного випадку - оригінали або копії, засвідчені нотаріально або закладом, який видає документи, акта про нещасний випадок невиробничого/виробничого характеру або документа від компетентних органів, який підтверджує факт настання Нещасного випадку, довідки медико-соціальної експертної комісії про встановлення/визначення групи інвалідності; довідки компетентних органів про причину встановлення інвалідності; матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті тощо;
 - 4) у разі хвороби - оригінал або копію, засвідчене медичним закладом, який видає документи, медичної довідки про амбулаторне чи стаціонарне лікування Застрахованої Особи із зазначенням терміну лікування / від госпіталізації, дінгшоу на дату настання події та загальним висновками лікаря, оригінали або копії, засвідчені нотаріально або закладом медико-соціальної експертної комісії про встановлення/визначення групи інвалідності, листів непрацездатності за період тривання тимчасової непрацездатності, а також інші медичні документи, що стосуються події (рентгенівські знімки, висновки обстежень) тощо;
 - 5) копії довідки про присвоєння ідентифікаційного номера та документа, який посвідчує особу одержувача;
 - 6) інші документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання Страхового Випадку та його наслідки, враховуючи особливості конкретного Страхового Випадку, а також документи, що підтверджують право особи, іншої ніж Вигодонабувач, на отримання Страхової Виплати (свідоцтво про шлюб) тощо, та запит Страховика.
- 15.3. Підприємці та організації зобов'язані у межах своєї компетенції надіслати відповідь Страховику на його запит про відомості, пов'язані із Страховим Випадком, у тому числі й дані, що є конфіденційною інформацією, як передбачено чинним законодавством України. При цьому Страховик несе відповідальність за їх розголошення в будь-якій формі, за винятком випадків, передбачених законодавством України.
- 16. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА СТРОК ПРИЙНЯТІЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ**
- 16.1. Будь-яка виплата за Договором Страхування, в тому числі Страхова Виплата, Викупна Сума та інші платежі, що підлягають виплаті Страховиком, може бути виплачена однією грошовою сумою, якщо інше не передбачено Договором Страхування. Страхова Виплата на випадок дожиття Застрахованої Особи до закінчення дії Договору Страхування з письмовою заявою, що має право на отримання Страхової Виплати, також може здійснюватися у такі строки:
- 1) Анuitет на строк, сплачуваний обумовленими рівними частинами;
 - 2) Анuitет на строк, сплачуваний протягом обумовленого терміну;
 - 3) Довiчний анuitет;
 - 4) Довiчний анuitет, гарантований на певний строк;
 - 5) Довiчний анuitет, який може бути переданий подружжю Одержувача у розмірі 60% від суми Довiчного анuitету.
- 16.2. У разі застосування згідно з законодавством України та Положенням про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25 до Правил) та за умови, що вік Одержувача на момент Початку дії Положення є не меншим за мінімальний вік, встановлений Страховиком для застосування такого Положення до Договору Страхування. Якщо Договором Страхування передбачені регулярні послідовні виплати обумовлені у Договорі Страхування суми (анuitету), то такі виплати здійснюються авансом на початок відповідного періоду, але не пізніше, ніж через 5 робочих днів після початку дії Положення при порядку здійснення Страхових Виплат або місячного терміну дії Положення, згідно з умовами такого Положення та відповідним Додатком до Договору Страхування.
- 16.3. У разі застосування згідно з законодавством України та Положенням про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25 до Правил) та за умови, що вік Одержувача на момент Початку дії Положення є не меншим за мінімальний вік, встановлений Страховиком для застосування такого Положення до Договору Страхування, а також відповідно до таблиці смертності для форм Страхових Виплат, передбачених в підпунктах 3), 4), та 5) пункту 16.1 цих Правил.
- 16.4. Застрахованій Особі, Страховальнику, Вигодонабувачу або особі, яка має право на отримання Страхової Виплати, також надається право на отримання Негарантованого бонусу відповідно до пункту 20.1 Правил, а у разі застосування способів Страхових Виплат, передбачених підпунктами 1)-5) п. 16.1 Правил, - згідно з відповідними положеннями Додатку 1-25 до Правил.
- 16.5. Якщо розрахована сума щомісячних виплат згідно з підпунктами 1)-5) пункту 16.1 Правил є меншою за мінімум, визначений Страховиком на момент проведення розрахунку, то здійснення виплати у заявленій спосіб не дозволяється.
- 16.6. Після здійснення першої анuitетної виплати згідно з підпунктами 1)-5) пункту 16.1 Правил обраний спосіб здійснення Страхової Виплати не може бути змінено.
- 16.7. У разі здійснення Страхової Виплати однією грошовою сумою Страховик здійснює Страхові Виплати після завершення перевірки всіх документів, яка розпочинається з дня отримання Страховиком останнього з документів, що вимагає їх. Якщо таку перевірку не завершенню протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання Страховиком всіх необхідних документів, ризик повної суми, яка вимагає їх, у разі здійснення Страхової Виплати, а саме термін затримки, але цей термін затримки не повинен перевищувати 6 (шість) місяців. Якщо перевірка завершена, рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхових виплат ухвалюється Страховиком протягом 30 календарних днів з дня отримання останнього з усіх необхідних документів, що підтверджують факт, обставини та наслідки настання Страхового Випадку. Рішення про здійснення Страхової Виплати ухвалюється у вигляді складання страхового акту. Страховик здійснює Страхову Виплату протягом 10 (десяти) робочих днів з дня ухвалення відповідного рішення за умови, що всі документи, необхідні для здійснення Страхової Виплати, надані Страховику.
- 16.8. Якщо вік та/або обсяг Страхової Виплати Застрахованої Особи, зазначений у відомостях, наданих Страховику для укладання Договору Страхування, є таким, що не відповідає дійсності, то Страхова Сума згідно з Договором Страхування може коригуватись пропорційно до різниці між сплаченою Страховою Премією та Страховою Премією, що відповідає дійсному віку та статі Застрахованої Особи на момент початку дії Договору Страхування. Якщо дійсний вік Застрахованої Особи виходить за вікові межі, передбачені відповідними тарифами Страховика, Страховик має право припинити Договір Страхування.
- 16.9. У випадку недотримання Страховальником умов підпункту 5) пункту 10.3 цих Правил страхування будь-яка Страхова Сума за Договором Страхування може коригуватись пропорційно до різниці між сплаченою Страховою Премією та Страховою Премією, передбаченою оцінкою фактичного ризику Застрахованої Особи та/або Страховальника на дату подання заяви про здійснення Страхової Виплати.
- 16.10. У разі смерті Застрахованої Особи всю суму Страхової Виплати буде сплачено Вигодонабувачем, визначеним у Заяві або пізніше протягом дії Договору Страхування, як будуть живими на момент здійснення Страхової Виплати. Частку Вигодонабувача, який не буде живим на дату здійснення Страхової Виплати, буде сплачено спадкоємцям такого Вигодонабувача, встановленим згідно з законодавством України. Якщо на момент здійснення Страхової Виплати жоден з Вигодонабувачів не буде живим (але Вигодонабувачі не визначені), Страхову Виплату буде здійснено спадкоємцям Застрахованої Особи з урахуванням норм законодавства, чинних на момент здійснення виплати.
- 17. ПІДСТАВИ ТА СТРОК УХВАЛЕННЯ РІШЕННЯ ПРО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ**
- 17.1. Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової Виплати у таких причинах:
- 1) Надання Страховальником, Застрахованою Особою або Вигодонабувачем помилкової інформації щодо предмету Договору Страхування або щодо настання Страхового Випадку;
 - 2) Навмисні дії Страховальника, Застрахованої Особи або Вигодонабувача, спрямовані на настання Страхового Випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та особистості Застрахованої Особи або інших осіб, якщо це не викликає загрози життю або здоров'ю Застрахованої Особи, а також встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
 - 3) Винчнення Страховальником, Застрахованою Особою або Вигодонабувачем мислимого злочину, що призвів до Страхового Випадку;
 - 4) Несвоєчасне повідомлення Страховальником, Застрахованою Особою або Вигодонабувачем про настання випадку, що має ознаки страхового, у строк, встановлений цими Правилами, без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, причин, характеру Страхового Випадку та розміру виплат;
 - 5) У випадках, зазначених у статті 4 "Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування" цих Правил страхування та відповідних пунктах Програм Страхування, включених до Договору Страхування;
 - 6) Невиконання Страховальником, Застрахованою Особою обов'язків згідно з Договором Страхування, Правилами;
 - 7) Невиконання Застрахованою Особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я;
 - 8) В інших випадках, передбачених законодавством України.
- 17.2. Рішення про відмову у здійсненні Страхової Виплати ухвалюється Страховиком протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання останнього з усіх необхідних документів, що підтверджують факт, обставини та наслідки настання Страхового Випадку, та завершення Страховиком розслідування і повідомляється Страховальнику, Застрахованій Особі, Вигодонабувачу або іншій особі, яка подала заяву про здійснення Страхової Виплати, в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) робочих днів з дати ухвалення рішення про відмову у здійсненні Страхової Виплати, при цьому також застосовуються положення пункту 16.7 Правил страхування.
- 18. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**
- 18.1. Дія Договору Страхування припиняється та Договір Страхування втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
- 1) Закінчення строку дії Договору Страхування;
 - 2) Виконання Страховиком зобов'язання перед Страховальником у повному обсязі;
 - 3) Неслати Страхової Премії протягом двох Дворічних періодів, при цьому Договір Страхування вважається достроково припиненим;
 - 4) Порушення Страховальником своїх зобов'язань, покладених на нього Договором Страхування;
 - 5) Дострокового припинення за вимогою однієї із Сторін, направленою не пізніше ніж за 30 (тридцять) днів до запланованої дати припинення;
 - 6) Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
 - 7) Прийняття судового рішення про визнання Договору Страхування недійсним;
 - 8) Ліквідації Страховальника - юридичної особи або смерті Страховальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків переходу прав та обов'язків Страховальника до статті 12 та 13 Правил, та інших випадків, передбачених відповідними положеннями законодавства;
 - 9) В інших випадках, передбачених цими Правилами та законодавством України.
- 18.2. У разі дострокового припинення дії Договору Страхування Страховик виплачує Страховальнику Викупну суму, яка є майновим правом Страховальника за Договором Страху-

вання.

19. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

Всі спори, що виникають між Сторонами Договору Страхування – Страховиком та Страховальником або Страховиком та Застрахованою Особою/Вигодонабувачем чи спадкоємцями Застрахованої Особи з приводу Договору Страхування, вирішуються у суді згідно з чинним законодавством України.

20. ОСОБЛИВІ УМОВИ

20.1. Право на Негарантований бонус

1) Протягом всього строку дії Договору Страхування Страховальник має право на Негарантований бонус, отриманий Страховиком від інвестування сум відповідного математичного резерву (далі – Негарантований бонус).
Негарантований бонус розраховується як різниця між задекларованим доходом Страховика та величиною інвестиційного доходу, визначеного згідно з Договором Страхування. Доля участі Страховальника в частині різниці між задекларованим доходом Страховика та величиною інвестиційного доходу встановлена на рівні не менше 85%. Негарантований бонус розраховується в кінці кожного року, за умови, що Договір Страхування діяв та страхові послуги надавалися протягом року, та базується на сумі математичного резерву згідно з Договором Страхування на кінець попереднього року.

Страховальник має право отримати накопичений Негарантований бонус, якщо він є, після п'ятої річниці дії Договору Страхування – для Договорів з регулярною сплатою Страхової Премії та на першу річницю дії Договору Страхування – для Договорів з одноразовою сплатою Страхової Премії.

Першою сумою математичного резерву для інвестування є сума, яка утворюється на кінець календарного року після першої річниці дії Договору Страхування. Негарантований бонус, який може утворюватися на кінець попереднього календарного року, зменшується на суму Негарантованого бонусу, отриману Страховальником за рік, і також інвестується, а відповідний дохід визначається в порядку, описаному вище, і збільшується на величину інвестиційного доходу.

Однак, якщо ставка доходу від інвестицій суми математичного резерву є меншою від величини інвестиційного доходу, тоді Негарантований бонус розраховується не буде. Також, Негарантований бонус, який може утворюватися на кінець попереднього фінансового року, буде зараховуватися на рівні не менше ніж 85% від ставки доходу, якщо інше не передбачено законодавством України. Виплата Негарантованого бонусу здійснюється згідно з законодавством України;

2) Сума, на підставі якої розраховується Негарантований бонус, підлягає зменшенню на суму будь-якої наявної заборгованості Страховальника перед Страховиком;

3) Якщо дія Договору Страхування достроково припиняється згідно з умовами статті 14 або пункту 6.5 Правил, то Страховальник також має право на отримання Негарантованого бонусу, що був сформований на останню дату нарахування Негарантованого бонусу.

4) У разі дожиття Застрахованої Особи до дати, визначеної в Договорі Страхування, або у випадку її смерті, будь-яка належна сума Негарантованого бонусу буде виплачена відповідно Застрахованій Особі або Вигодонабувачу. Разом з тим, Договір Страхування передбачає право на отримання Негарантованого бонусу за період між останньою датою нарахування Негарантованого бонусу та датою закінчення дії Страхового Поліса або смерті.

20.2. Інші спеціальні умови

За взаємною згодою Сторони мають право припинити, повністю або частково, виконання своїх зобов'язань за Договором Страхування у разі оголошення надзвичайного стану або будь-яких інших екстраординарних заходів, введених на законних підставах. Сторони не несуть відповідальності за невиконання або затримку виконання будь-яких своїх зобов'язань згідно з Договором Страхування, якщо це сталося внаслідок дії обставин поза контролем та волею сторін, включаючи, без обмеження, страйки, катастрофи, війну, вогоння, повстання, громадські безладдя, бунт, пожежу, бурю, вибухи, виверження вулканів, за умови, однак, що такі події впливають на можливість належного виконання відповідних зобов'язань (далі – «форс-мажор») на період, що дорівнює тривалості дії таких обставин.

Сторона, яка затримувала виконання або не виконує свої зобов'язання через обставини форс-мажору, має вжити всіх можливих заходів, щоб зменшити вплив обставин форс-мажору.

20.3. Податки та збори

Будь-які податки та збори, встановлені чинним законодавством України, які стосуються сплати Страхових Премій або отримання Страхової Виплати, Випулної Суми, Негарантованого Бонусу або Спеціального Фонду Індексації сплачуються відповідно до вимог чинного законодавства України. Страховик має право утримати такі податки та збори згідно з чинним законодавством України.

20.4. Кредит. Умови надання кредиту. Передача прав за Договором Страхування на користь Страховика як забезпечення виконання зобов'язань за кредитним договором:

20.4.1. За письмовою заявою Страховальника Страховик може надати кредит за умови, що Договір Страхування діє (страхові послуги надаються) більш ніж 3 роки та зберігає чинність, а також за умови обов'язкової передачі прав за Договором Страхування на користь Страховика;

20.4.2. Сума кредиту не може перевищувати Випулної Суми станом на останню річницю дати набрання чинності Договором Страхування за вираженням:

1) Будь-яких сум, належних до сплати Страховику;

2) Суми відсотків за користування будь-якими раніше наданими кредитами, належними до сплати Страховику;

3) Будь-яких сум Страхових Премій в перерахунок за рік, строк сплати яких настав на дату надання кредиту.

20.4.3. Відсоткова ставка за користування кредитом визначається Страховиком та повідомляється Страховальнику. Відсотки за користування кредитом розраховуються на підставі кількості днів користування кредитом. Термін сплати відсотків настає у кожному річницю дати набрання чинності Договором Страхування;

20.4.4. У випадку несплати відсотків у зазначений вище строк Сторони погоджуються, що відсотки, не сплачені в належний строк, будуть капіталізовані за такою самою ставкою. Сума кредиту разом із відсотками за користування ним вираховуються з будь-якої Страхової Виплати, передбаченої Договором Страхування. Якщо сума кредиту разом із відсотками за користування ним в будь-який час перевищує Випулну Суму, дія Договору Страхування автоматично припиняється, про що Страховальнику направляється відповідне повідомлення;

20.4.5. За рішенням Страховика надання кредиту може бути відкладене на період до 6 (шести) місяців з дати отримання відповідної заяви Страховиком, за винятком випадків, коли кредит призначається для сплати будь-яких Страхових Премій, строк сплати яких Страховику настав;

20.4.6. Будь-яку суму, належну до сплати Страховальником Страховику за Договором, може бути повернено, повністю або частково, в будь-який час до настання смерті Застрахованої Особи. В такому випадку Страховальник зобов'язаний самостійно попередньо поінформувати Страховика про такий платіж в письмовій формі.

20.5. У випадку, якщо Страховий Поліс (Додаток, Договір Страхування тощо) конкретизує, уточнює або доповнює положення цих Правил, Програми, в тому числі, але не обмежуючи, визначення розміру Страхової Суми за конкретним страховим ризиком, пріоритетну силу мають умови Страхового Поліса (Додатку, Договору Страхування).

20.6. Страховик може розсилаючи інформацію щодо процедур, пов'язаних з укладанням та виконанням Договору Страхування, на своїй офіційній Інтернет-сторінці.

Е **Програма страхування основних ризиків**
Страхування на випадок смерті або дожиття ("Програма")

Ці спеціальні умови страхування є додатком до Правил добровільного страхування життя.

1. Страховими Випадками, що включаються до Програми, є:
 - 1.1. **Дожиття** Застрахованої Особи на строк або дожиття Застрахованої Особи до певного віку;
 - 1.2. **Смерть** Застрахованої Особи.
2. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми за цією Програмою згідно з Договором Страхування за умови надання Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження настання Страхового Випадку та для здійснення Страхової Виплати, таким чином:
 - 2.1. Застрахованої Особи, якщо вона жива на дату, зазначену у Страховому Полісі або у Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми; або
 - 2.2. Вигодонабувачу, якщо Застрахована Особа померла до дати, зазначеної у Страховому Полісі або у Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми.
3. Договір Страхування за цією Програмою може укладатися на строк, узгоджений Сторонами у Договорі Страхування.
4. Всі прямо не зазначені в тексті Програми умови визначаються відповідно до умов Правил добровільного страхування життя.

WL **Програма страхування основних ризиків**
Страхування на випадок смерті або дожиття до 100 років (довічне страхування) ("Програма")

Ці спеціальні умови страхування є додатком до Правил добровільного страхування життя.

1. Страховими Випадками, що включаються до Програми, є:
 - 1.1. **Дожиття** Застрахованої Особи до віку 100 років;
 - 1.2. **Смерть** Застрахованої Особи.
2. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми за цією Програмою згідно з Договором Страхування за умови надання Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження настання Страхового Випадку та для здійснення Страхової Виплати, таким чином:
 - 2.1. Застрахованої Особи, якщо вона жива на дату, зазначену у Страховому Полісі або у Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми (у віці 100 років); або
 - 2.2. Вигодонабувачу, якщо Застрахована Особа померла до дати, зазначеної у Страховому Полісі або у Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми.
3. Договір Страхування за цією Програмою укладається на строк до досягнення Застрахованою Особою 100 років із можливістю сплати Страховальником регулярних Страхових Премій протягом строку, узгодженого Сторонами в Договорі Страхування.
4. Положення про індексацію для Програм страхування основних ризиків (Додаток 1-16) не застосовується до цієї Програми.
5. Всі прямо не зазначені в тексті Програми умови визначаються відповідно до умов Правил добровільного страхування життя.

TERM **Програма страхування основних ризиків**
Страхування на випадок смерті на певний строк або до певного віку ("Програма")

Ці спеціальні умови страхування є додатком до Правил добровільного страхування життя.

1. Страховими Випадками, що включаються до Програми, є:
 - 1.1. **Смерть** Застрахованої Особи;
 - 1.2. **дожиття** Застрахованої Особи на строк або дожиття Застрахованої Особи до певного віку.
2. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми за цією Програмою згідно з Договором Страхування за умови надання Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження настання Страхового Випадку та для здійснення Страхової Виплати, таким чином:
 - 2.1. Вигодонабувачу, якщо Застрахована Особа померла до дати, зазначеної у Страховому Полісі або у Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми; або
 - 2.2. Застрахованої Особи, якщо вона є живою на дату, зазначену у Страховому Полісі або у Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми. Страхова Сума на випадок дожиття Застрахованої Особи на строк або дожиття Застрахованої Особи до певного віку встановлюється в розмірі Випуленої Суми за Договором Страхування, розрахованої на дату закінчення дії цієї Програми.
3. Договір Страхування за цією Програмою може укладатися на строк, узгоджений Сторонами у Договорі Страхування.
4. До цієї Програми не застосовуються положення Правил добровільного страхування життя щодо:
 - 4.1. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхової Премії (пункт 6.5 Правил);
 - 4.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
 - 4.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціатиивою Страховальника (стаття 14 Правил);
 - 4.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил).
5. Всі прямо не зазначені в тексті Програми умови визначаються відповідно до умов Правил добровільного страхування життя.

READ **Програма страхування основних ризиків**
Страхування на випадок дожиття до певного віку або на певний строк ("Програма")

Ці спеціальні умови страхування є додатком до Правил добровільного страхування життя.

1. У випадку сплати одноразової Страхової Премії за цією програмою Страховим Випадком за цією Програмою буде дожиття Застрахованої Особи до дати закінчення дії програми, зазначеної у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування, або смерть Застрахованої Особи до настання цієї дати, та Страховик зобов'язується здійснити Страхову Виплату за цією Програмою таким чином:
 - 1.1.1. Виплати Застрахованій Особі Страхову Суму, визначену в Договорі Страхування як страхова сума на випадок дожиття Застрахованої Особи, якщо вона жива на дату, визначену як дата закінчення дії Програми, та за умови, що Договір Страхування (або відповідний Страховий Поліс, або Додаток до Договору Страхування) буде наданий Страховику, або Виплати Вигодонабувачу, Застрахованої Особи, Застрахованої Особи, якщо Застрахована Особа померла до дати, визначеної як дата закінчення дії цієї Програми в Договорі Страхування, та за умови, що Договір Страхування (або відповідний Страховий Поліс, або Додаток до Договору Страхування), а також всі необхідні документи, що підтверджують смерть Застрахованої Особи, будуть подані Страховику відповідно до Правил Страхування. Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи згідно з цією Програмою встановлюється в розмірі Страхової Премії, сплаченої згідно з цією Програмою, збільшеної на величину інвестиційного доходу, розрахованого за ставкою, зазначеною в Договорі Страхування.
 - 1.2. У випадку, якщо цео передбачена регулярна сплата Страхових Премій, застосовуються такі положення:
 - А) Якщо Застрахована Особа є повнолітньою на момент укладення Договору Страхування за цією Програмою**, Страховим Випадком за цією Програмою буде дожиття Застрахованої Особи до дати закінчення дії Програми, зазначеної у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування, або смерть Застрахованої Особи до настання цієї дати.

Зокрема, Страховик зобов'язується виплатити такі суми за умови надання Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження настання Страхового Випадку та для здійснення Страхової Виплати, таким чином:

 - 1) Застрахованій Особі - Страхову Суму, зазначену в Договорі Страхування як Страхова Сума на випадок дожиття Застрахованої Особи за вирахуванням будь-яких зборів та податків, передбачених чинним законодавством України, якщо вона є живою на дату, зазначену як дата закінчення дії цієї Програми; або
 - 2) Вигодонабувачу - Страхову Суму, зазначену в Договорі Страхування як Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, якщо Застрахована Особа померла внаслідок Нещасного випадку протягом 365 днів після дати Нещасного випадку і до дати, зазначеної як дата закінчення дії цієї Програми. Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку згідно з цією Програмою встановлюється в подвійному розмірі Страхової Суми на випадок дожиття Застрахованої Особи за вирахуванням будь-яких зборів та податків, передбачених чинним законодавством України; або
 - 3) Вигодонабувачу - Страхову Суму на випадок смерті Застрахованої Особи внаслідок причин інших, ніж нещасний випадок, якщо Застрахована Особа померла внаслідок причин інших, ніж нещасний випадок, до дати, зазначеної як дата закінчення дії цієї Програми. Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи внаслідок причин інших, ніж нещасний випадок, встановлюється в розмірі Страхової Премії, сплаченої за цією Програмою на момент смерті Застрахованої Особи та збільшеної на величину інвестиційного доходу, розрахованого за ставкою, зазначеною в Договорі Страхування, за вирахуванням будь-яких зборів та податків, передбачених чинним законодавством України.
 - Б) Якщо Застрахована Особа є малолітньою або неповнолітньою особою на момент укладення Договору Страхування за цією Програмою**, Страховим Випадком за цією Програмою буде дожиття Застрахованої Особи до дати закінчення дії програми, зазначеної у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування, або смерть Застрахованої Особи до настання цієї дати, або смерть Страховальника внаслідок Нещасного випадку до настання цієї дати.

Зокрема, Страховик зобов'язується виплатити такі суми за умови надання Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження настання Страхового Випадку та для здійснення Страхової Виплати, таким чином:

 - 1) Застрахованій Особі - Страхову Суму, зазначену в Договорі Страхування як Страхова Сума на випадок дожиття Застрахованої Особи за вирахуванням будь-яких зборів та податків, передбачених чинним законодавством України; або
 - 2) Вигодонабувачу - Страхову Суму, зазначену в Договорі Страхування як Страхова Сума на випадок смерті Страховальника внаслідок Нещасного випадку, якщо Страховальник помер внаслідок Нещасного випадку протягом 365 днів після дати Нещасного випадку і до дати, зазначеної як дата закінчення дії цієї Програми. Страхова Сума на випадок смерті Страховальника внаслідок Нещасного випадку встановлюється в подвійному розмірі Страхової Суми на випадок дожиття Застрахованої Особи за вирахуванням будь-яких зборів та податків, передбачених чинним законодавством України; або
 - 3) Вигодонабувачу - Страхову Суму на випадок смерті Застрахованої Особи, якщо Застрахована Особа померла до дати, зазначеної як дата закінчення дії цієї Програми. Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи встановлюється у розмірі Страхових Премій, сплачених за цією Програмою на момент смерті Застрахованої Особи та збільшеної на величину інвестиційного доходу, розрахованого за ставкою, зазначеною в Договорі Страхування, за вирахуванням будь-яких зборів та податків, передбачених чинним законодавством України.
2. **Визначення терміну "Нещасний випадок"**
 Нещасний випадок - це випадкова, зовнішня, насильницька, раптова, не спричинена Застрахованою Особою навмисно та не пов'язана з іншими подіями подія, що сталась протягом строку дії Договору Страхування та спричинила таке тяжке тілесне ушкодження або таку травму Страхованій Особі, в результаті якої вона є тимчасово або постійно, повністю чи частково непридатною, потребує госпіталізації чи ути.
3. **Виключення із страхових випадків для страхування на випадок смерті Застрахованої Особи (Страховальника) внаслідок Нещасного випадку**
 3.1. Страхова Виплата, передбачена на випадок смерті Застрахованої Особи (Страховальника) внаслідок Нещасного випадку відповідно до пункту 1 цієї Програми, здійснюється тільки за умови, що Страховий Випадок був прямим, незалежним від будь-яких інших чинників, наслідком тілесних ушкоджень, заподіяних зовнішнім, насильницьким та

- випадковим чином, про що, крім випадків втоплення або внутрішніх ушкоджень, виявлених розтином, існують докази у вигляді видимих синців або ран на поверхні тіла та іншими ознаками, що можуть бути об'єктивно виявлені;
- 3.2. Смерть внаслідок Нещасного випадку не визнається Страховим Випадком, якщо вона є наслідком, прямо або опосередковано, будь-яких обставин, зазначених в статті 4 "Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування" Правил страхування.
 - 3.3. Додатково до пункту 3.2. цієї Програми Страховик не здійснює Страхових Виплат у разі настання Страхових Випадків, причиною яких є наведене нижче, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:
 - 3.3.1. Заняття Застрахованою Особою спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняття Застрахованою Особою спортом на любительському рівні: аматорським чи професійним спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, повітряним спортом, альпінізмом, бойовими видами мистецтва, дайвінгом (глибше, ніж на 40 м), стрільбою;
 - 3.3.2. Подорожання або політ на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажирів та/або психічних розладами, якщо експлуатуються авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;
 - 3.3.3. Пересування на підводному човні будь-якого типу;
 - 3.3.4. Участь у військових маневрах, навчаннях, випробуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;
 - 3.3.5. Тренування або пілотування або перебування як пасажирів на планері або планері, який пілотований вручну, у випадку стрибка з парашутом Застрахованої Особи;
 - 3.3.6. Тілесні ушкодження, спричинені, прямо або опосередковано, повністю або частково, отруєнням будь-якими отруйними речовинами, газами, вишколками газами, незалежно від того, було таке отруєння наслідком чи випадковим, та незалежно від того, було таке отруєння спричинене прямим вприскуванням, поглинанням чи вдиханням або потраплянням отруйних речовин до організму іншим шляхом, окрім випадкового отруєння чадним газом під час пожежі;
 - 3.3.7. Нещасний випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажирів на такому транспортному засобі, окрім випадків, коли використання такого транспортного засобу пов'язане з виконанням Застрахованою Особою службових обов'язків, з урахуванням пункту 3.3.15 цієї Програми;
 - 3.3.8. Нещасний випадок прямо або опосередковано спричинений фізичними та/або психічними розладами Застрахованої Особи. В такому випадку Страховик розглядає подію як смерть в результаті причин інших ніж нещасний випадок (не пов'язаних з нещасним випадком) та здійснює Страхування Виплату згідно з умовами пункту 1 цієї Програми;
 - 3.3.9. Будь-які методи або способи лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних відхилень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;
 - 3.3.10. Будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, що передуватиме Даті Початку дії або дату повнолення дії цієї Програми;
 - 3.3.11. Тілесні ушкодження, прямо або опосередковано, повністю чи частково спричинені будь-яким інфекційним бактеріальним зараженням, за винятком інфекційного зараження внаслідок порізу або поранення, що сталися випадково;
 - 3.3.12. Проходження будь-яких експериментальних, дослідницьких або діагностичних процедур;
 - 3.3.13. Лікування у фахівця з мануальної терапії, остеопатів, інших спеціалістів альтернативної (нетрадиційної) медицини;
 - 3.3.14. Тілесні ушкодження внаслідок Нещасного випадку, що призвели до грижі, люмбаго, невралгії сідничного нерву. В такому випадку буде здійснюватись Страхування Виплат згідно з умовами п.1.2., А), 3) Програми;
 - 3.3.15. Професійна діяльність Застрахованої Особи, в тому числі з таким фахом:
 - особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
 - каскадери;
 - циркові артисти (акробати, дресировальники);
 - працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
 - військові репортери та репортери, редактори, журналісти, фотографі, оператори, перекладачі (що працюють в політично нестабільних зонах та зонах бойових дій);
 - авіаційно-рятувальні служби у високогірних районах (із використанням вертольотів, альпіністського спорядження);
 - військовослужбовці збройних сил, незалежно від військової спеціальності, роду військ, військового звання та форми проходження військової служби;
 - члени загонів особливого призначення, незалежно від відомчого підпорядкування;
 - професійні спортсмени та тренери;
 - особисті охоронці;
 - водолази, працівники, чия діяльність пов'язана з підводним занурюванням.
- 4. Строк дії Договору Страхування**
Строк дії Договору Страхування, укладеного за цією Програмою, визначається Сторонами у Договорі Страхування.
- 5. Припинення дії Програми**
Дія Програми припиняється в більш ранню з таких дат:
- дата закінчення строку дії Договору Страхування, зазначена у Страховому Полісі або у Договорі Страхування, або
 - дата смерті Застрахованої Особи.

Додаток 1-5

- АЕ Програма страхування основних ризиків**
Страхування на випадок смерті або дожиття із здійсненням Страхових Виплат у вказані строки ("Програма")
Ці спеціальні умови страхування є додатком до Правил добровільного страхування життя.
1. Страховими Випадками, що включаються до Програми, є:
 - 1.1. **Дожиття** Застрахованої Особи на строк або дожиття Застрахованої Особи до певного віку;
 - 1.2. Смерть Застрахованої Особи.
 2. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми за цією Програмою згідно з Договором Страхування за умови надання Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження настання Страхового Випадку та для здійснення Страхової Виплати, таким чином:
 - 2.1. Застрахованої Особи, якщо вона жива на дату/дати, зазначену(и) в Договорі Страхування; або
 - 2.2. Вигодонабувачу, якщо Застрахована Особа померла до дати, зазначеної як дата закінчення дії цієї Програми.
 3. Договір Страхування за цією Програмою може укладатися за такими умовами щодо строків страхування та особливостей здійснення виплат:
 - 3.1. Страхування на випадок смерті або дожиття на строк 15 років із здійсненням Страхових Виплат рівними частинами у разі дожиття Застрахованої Особи до 10-ї та 15-ї річниці дії Договору Страхування. За Договором Страхування встановлюються дві рівні Страхові Суми: Страхова Сума на випадок дожиття та Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи (тобто у разі смерті Застрахованої Особи сума Страхових Виплат не зменшується на суму вже здійснених Страхових Виплат та є фіксованою);
 - 3.2. Страхування на випадок смерті або дожиття на строк 15 років із здійсненням Страхових Виплат рівними частинами у разі дожиття Застрахованої Особи до 10-ї та 15-ї річниці дії Договору Страхування. При цьому у разі смерті Застрахованої Особи сума Страхових Виплат на випадок смерті дорівнює Страховій Сумі, зменшеній на суму вже здійснених Страхових Виплат;
 - 3.3. Страхування на випадок смерті або дожиття на строк 20 років із здійсненням Страхових Виплат рівними частинами у разі дожиття Застрахованої Особи до 10-ї, 15-ї та 20-ї річниці дії Договору Страхування. За Договором Страхування встановлюються дві рівні Страхові Суми: Страхова Сума на випадок дожиття та Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи (тобто у разі смерті Застрахованої Особи сума Страхових Виплат не зменшується на суму вже здійснених Страхових Виплат та є фіксованою);
 - 3.4. Страхування на випадок смерті або дожиття на строк 20 років із здійсненням Страхових Виплат рівними частинами у разі дожиття Застрахованої Особи до 10-ї, 15-ї та 20-ї річниці дії Договору Страхування. При цьому у разі смерті Застрахованої Особи сума Страхових Виплат на випадок смерті дорівнює Страховій Сумі, зменшеній на суму вже здійснених Страхових Виплат;
 - 3.5. Страхування на випадок смерті або дожиття на строк 25 років із здійсненням Страхових Виплат рівними частинами у разі дожиття Застрахованої Особи до 10-ї, 15-ї, 20-ї та 25-ї річниці дії Договору Страхування. За Договором Страхування встановлюються дві рівні Страхові Суми: Страхова Сума на випадок дожиття та Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи (тобто у разі смерті Застрахованої Особи сума Страхових Виплат не зменшується на суму вже здійснених Страхових Виплат та є фіксованою);
 - 3.6. Страхування на випадок смерті або дожиття на строк 25 років із здійсненням Страхових Виплат рівними частинами у разі дожиття Застрахованої Особи до 10-ї, 15-ї, 20-ї та 25-ї річниці дії Договору Страхування. При цьому у разі смерті Застрахованої Особи сума Страхових Виплат на випадок смерті дорівнює Страховій Сумі, зменшеній на суму вже здійснених Страхових Виплат;
 - 3.7. Страхування на випадок смерті або дожиття до досягнення Застрахованою Особою віку 65 років із здійсненням Страхових Виплат рівними частинами після досягнення Застрахованою Особою віку 50 років, 55 років, 60 років та 65 років. За Договором Страхування встановлюються дві рівні Страхові Суми: Страхова Сума на випадок дожиття та Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи (тобто у разі смерті Застрахованої Особи сума Страхових Виплат не зменшується на суму вже здійснених Страхових Виплат та є фіксованою);
 - 3.8. Страхування на випадок смерті або дожиття до досягнення Застрахованою Особою віку 65 років із здійсненням Страхових Виплат рівними частинами після досягнення Застрахованою Особою віку 50 років, 55 років, 60 років та 65 років. При цьому у разі смерті Застрахованої Особи сума Страхових Виплат на випадок смерті дорівнює Страховій Сумі, зменшеній на суму вже здійснених Страхових Виплат;
 - 3.9. Страхування на випадок смерті або дожиття до досягнення Застрахованою Особою віку 60 років із здійсненням Страхових Виплат рівними частинами після досягнення Застрахованою Особою віку 45 років, 50 років, 55 років та 60 років. За Договором Страхування встановлюються дві рівні Страхові Суми: Страхова Сума на випадок дожиття та Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи (тобто у разі смерті Застрахованої Особи сума Страхових Виплат не зменшується на суму вже здійснених Страхових Виплат та є фіксованою);
 - 3.10. Страхування на випадок смерті або дожиття до досягнення Застрахованою Особою віку 60 років із здійсненням Страхових Виплат рівними частинами після досягнення Застрахованою Особою віку 45 років, 50 років, 55 років та 60 років. При цьому у разі смерті Застрахованої Особи сума Страхових Виплат на випадок смерті дорівнює Страховій Сумі, зменшеній на суму вже здійснених Страхових Виплат;
 - 3.11. Страхування на випадок смерті або дожиття на строк 20 років із здійсненням Страхових Виплат розмір яких у відсотках від загальної валової річної Страхової Премії був визначений попередньо, у разі дожиття Застрахованої Особи до 5-ї, 10-ї, 15-ї та 20-ї річниці дії Договору Страхування. Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи є фіксованою (тобто не зменшується на суму вже здійснених Страхових Виплат).
 4. Положення Додатку 1-25 до Правил - "Положення про порядок здійснення Страхових Виплат" - не застосовуються до часткових Страхових Виплат згідно з умовами цієї Програми.
 5. Всі прямо не зазначені в тексті Програми умови визначаються відповідно до умов Правил добровільного страхування життя.

Додаток 1-6

- TR Програма страхування додаткових ризиків**
Страхування на випадок смерті на строк із виплатою додаткової Страхової Суми ("Програма")
1. **Предмет страхування**
Положення цієї Програми складають нову/їмуну частину Договору Страхування, до якого включено таку Програму, та набирають чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми зазначені у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування.
 2. Згідно з цією Програмою Застрахованою Особою є фізична особа, прізвище, ім'я та по батькові якої зазначаються у Страховому Полісі або у Додатку до Договору Страхування

- на письмову вимогу Страхувальника, що здійснена в момент подання Заяви про Страхування або пізніше протягом дії Договору Страхування.
- 1.3. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії. Розмір Страхової Премії зазначається у Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування.
- 1.4. Страховим Випадком, що включається до цієї Програми, є смерть Застрахованої Особи.
- 1.5. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми за цією Програмою, визначеної у Договорі Страхування, Вигодонабувачу, якщо Застрахована Особа померла до дати, яка визначена як дата закінчення дії цієї Програми, та за умови надання Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження настання Страхового Випадку та для здійснення Страхової Виплати.
- 1.6. Будь-які Страхові Виплати за цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат згідно з Договором Страхування.
- 2. Початок дії Програми**
- Датою початку дії цієї Програми є дата початку дії Програми страхування основних ризиків за Договором Страхування, якщо тільки ця Програма не було включено до Договору Страхування та введено в дію пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування.
- 3. Припинення дії Програми**
- 3.1. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення.
- 3.2. Додатково до статті 18 Правил для цієї Програми припиняться у таких випадках:
- 3.2.1. Якщо будь-яка Страхова Премія за цією Програмою або Програмою страхування основних ризиків не сплачується після настання терміну її сплати або протягом Пільгового Періоду; або
- 3.2.2. Договір Страхування, до якого включено цю Програму, набув статусу Сплаченого Договору Страхування, як передбачено відповідною статтею Правил страхування, або дію Програми страхування основних ризиків було припинено на будь-яких підставах.
- 3.3. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком зобов'язання повернення Страхувальнику незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення цієї Програми. Незароблена частина Страхової Премії - це частина додаткової Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення дії Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.
- 4. Ця Програма як частина Договору Страхування**
- 4.1. Ця Програма не застосовується до положень Правил добровільного страхування життя щодо:
- 4.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
- 4.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
- 4.1.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);
- 4.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил).
- 4.1.5. Положення про індексацию дії Програми страхування додаткових ризиків (Додаток 1-17) та Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25) до цієї Програми не застосовуються.
- 4.3. Всі прямо не зазначені в тексті Програми умови визначаються відповідно до умов Правил страхування.

Додаток 1-7

AD Програма страхування додаткових ризиків Страхування на випадок смерті внаслідок Нещасного випадку ("Програма")

- 1. Предмет страхування**
- 1.1. Положення цієї Програми складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включено цю Програму, та набирають чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми зазначені у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування.
- 1.2. Згідно з цією Програмою Застрахованою Особою є фізична особа, правдиве, ім'я та по батькові якої зазначаються у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування на письмову вимогу Страхувальника, яка здійснена в момент подання Заяви про Страхування або пізніше протягом дії Договору Страхування.
- 1.3. Страховим Випадком, що включається до цієї Програми, є смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, що має місце під час дії цієї Програми.
- 1.4. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії. Розмір Страхової Премії зазначається у Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування.
- 1.5. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми, визначеної у Договорі Страхування, Вигодонабувачу у випадку смерті Застрахованої Особи до дати, яка визначена в Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми, внаслідок Нещасного випадку, що має місце під час дії цієї Програми, та за умови надання Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження настання Страхового Випадку та для здійснення Страхової Виплати.
- 1.6. Страхова Виплата за цією Програмою здійснюється тільки у разі виконання таких умов:
- 1.6.1. Смерть Застрахованої Особи повинна бути прямою, незалежним від будь-яких інших чинників, наслідком тілесних ушкоджень, заподіяних зовнішнім, насильницьким та випадковим чином, про що (крім випадків вогнення або внутрішніх ушкоджень, являючись розтином) існують докази у вигляді видимих сицив або ран на поверхні тіла;
- 1.6.2. Страховик повинен отримати підтвердження того, що смерть Застрахованої Особи сталася до дати, зазначеної у Договорі Страхування, як дата закінчення дії цієї Програми;
- 1.6.3. Смерть Застрахованої Особи повинна бути результатом Нещасного випадку, що нещасний випадок стався із Застрахованою Особою в період дії цієї Програми.
- 1.7. Будь-які Страхові Виплати за цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат згідно з Договором Страхування.
- 1.8. Малолітні та неповнолітні особи - тобто, особи, які не виповнили 18 (вісімнадцять) років - не можуть бути застраховані згідно з умовами цієї Програми.
- 2. Вилучення із Страхових Випадків та обмеження страхування**
- 2.1. Випадок, передбачений в пункті 1.3 Програми, не визнається Страховим Випадком, якщо він є наслідком, прямо або опосередковано, будь-яких обставин, зазначених в статті 4 "Вилучення із Страхових Випадків та обмеження страхування" Правил страхування, відповідно в такому разі Страхова Виплата, передбачена в пункті 1.5 Програми, не здійснюється.
- 2.2. Додатково до пункту 2.1 цієї Програми Страховик не здійснює Страхових Виплат у разі настання Страхових Випадків, причиною яких є наведені нижче, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:
- 2.2.1. Професійна діяльність Застрахованої Особи, у тому числі за таких фахом:
- особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
 - каскадери;
 - циркові артисти (акробати, дезерсувальники);
 - працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
 - військові репортери та репортери, редактори, журналісти, фотографі, оператори, перекладачі (що працюють в політими нестабільних зонах та зонах бойових дій);
 - аварійно-рятувальні служби у високोगірних районах (із використанням вертольотів, альпіністського спорядження);
 - військовослужбовці збройних сил, незалежно від військової спеціальності, роду військ, альпіністського зв'язу та форми проходження військової служби;
 - члени загонів особливого призначення, незалежно від відомого підпорядкування;
 - професійні спортсмени та тренери;
 - особисті охоронці;
 - водоласи, працівники, чия діяльність пов'язана з підводним занурюванням;
- 2.2.2. Заняття Застрахованою Особою спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняття Застрахованою Особою спортом на любительському рівні; автомобільним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким повітряним спортом, альпінізмом, дайвінгом (глибина, ніж на 40 м), стрільбою;
- 2.2.3. Подорожування або політ на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажирів на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;
- 2.2.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;
- 2.2.5. Тренування або пілотування або перебування в якості пасажирів на планері або планері, який пілотується вручну, у випадку стрибка з парашутом Застрахованої Особи;
- 2.2.6. Участь в військовій маневрах, навчаннях, випробуваннях військовій техніці або в інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;
- 2.2.7. Тілесні ушкодження, спричинені, прямо або опосередковано, повністю або частково, отруєнням будь-якими отруйними речовинами, газам, виловленими газам, незалежно від того, було таке отруєння навмисним чи випадковим, та незалежно від того, було таке отруєння спричинене прямим вприскуванням, поглинанням чи вдиханням або потраплянням отруйних речовин до організму іншим шляхом, окрім випадкового отруєння чадним газом під час пожежі;
- 2.2.8. Будь-які методи або способи лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних виділень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;
- 2.2.9. Будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, що передувє Даті Початку дії або дати повнолення дії цієї Програми;
- 2.2.10. Тілесні ушкодження, спричинені прямо чи опосередковано, повністю або частково будь-яким інфекційним бактеріальним зараженням, за винятком інфекційного зараження внаслідок порузу або поранення, що сталася випадково;
- 2.2.11. Проходження будь-яких експериментальних, дослідних та діагностичних процедур;
- 2.2.12. Лікування у фахівців з мануальної терапії, остеопатів або інших фахівців, які займаються нетрадиційним (альтернативним) лікуванням;
- 2.2.13. Нещасний Випадок внаслідок керування застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом в об'ємі двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажирів на такому транспортному засобі, окрім випадків, коли використання такого транспортного засобу пов'язане з виконанням Застрахованою Особою службових обов'язків, з урахуванням пункту 2.2.1 цієї Програми.
- 2.3. У разі настання Страхового Випадку "Смерть" факт відсутності трупа чи неможливості його ідентифікації призводить до невизнання такого випадку Страховим Випадком, крім випадків, коли цей факт визнаний юридичним фактом у судовому порядку.
- 2.4. Страхова Виплата буде здійснена, за умови що смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку мала місце:
- під час дії цієї Програми;
 - до дати чергової річної дії Програми після 65-го дня народження Застрахованої Особи;
 - смерть мала місце протягом 365 днів від дати настання Нещасного випадку, який призвів до летального наслідку.
- 3. Права Страховика у випадку смерті Застрахованої Особи**
- Додатково до прав, передбачених в пункті 10.2 Правил страхування, Страховик має право, та йому повинні бути надані дозвіли на проведення обраними Страховиком спеціалістами/експертами обстеження та розтину тіла Застрахованої Особи, якщо це не суперечить чинному законодавству України.
- 4. Початок дії Програми**
- Датою початку дії цієї Програми є дата початку дії Програми страхування основних ризиків Договору Страхування, якщо тільки ця Програма не було введено в дію та включено до Договору Страхування пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування.
- 5. Припинення дії Програми**
- 5.1. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення.
- 5.2. Додатково до статті 18 Правил для цієї Програми припиняться у таких випадках:
- 5.2.1. Страхова Премія за цією Програмою або Програмою страхування основних ризиків не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового Періоду; або
- 5.2.2. Договір Страхування, до якого включено цю Програму, набув статусу Сплаченого Договору Страхування, як передбачено відповідною статтею Правил страхування, або дію

- Програми страхування основних ризиків було припинено на будь-яких підставах; або
- 5.2.3. Застраховану Особу визнано психічно хворою; або
- 5.2.4. Застрахована Особа вступила до військових наземних, морських чи повітряних сил будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або
- 5.2.5. Застрахована Особа стала членом будь-яких допоміжних або цивільних невійськових підрозділів, що допомагають військовим наземним, морським чи повітряним силам будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або
- 5.2.6. У чергову річницю дії цієї Програми після 65-го дня народження Застрахованої Особи, незалежно від того, чи продовжує діяти Договір Страхування; або
- 5.2.7. Після здійснення Страхової Виплати згідно з цією Програмою.
- 5.3. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком зобов'язання повернення Страховальнику незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення цієї Програми. Незароблена частина Страхової Премії - це частина додаткової Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.
- 6. Ця Програма як частина Договору Страхування**
- До цієї Програми не застосовуються положення Правил добровільного страхування життя щодо:
- 6.1.1. Набуття Договором Страхування статусу Спільного Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
- 6.1.2. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страховальника (стаття 14 Правил);
- 6.1.3. Плати на Гарантований бонус (пункт 20.1 Правил).
- 6.2. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25) до цієї Програми не застосовуються.
- 6.3. Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою згідно зі Страховими Тарифами за цією Програмою. Зміна ґрунтуватиметься на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного досвіду Страховика. Зміна набутиме чинності з річницю дії цієї Програми. Страховальник має право відмовитися від таких змін протягом 30 (тридцяти) днів. Якщо Страховальник відмовляється прийняти зміни, або розмір спільної ним Страхової Премії відірветься від розміру, встановленого після таких змін, Страховик має право достроково припинити дію Програми з дати чергової річницю її дії шляхом письмового повідомлення Страховальника.

Додаток 1-8

- ADob** **Програма страхування додаткових ризиків**
- Страхування на випадок смерті внаслідок Нещасного випадку з виплатою додаткової Страхової Суми у випадку сирітства ("Програма")**
- 1. Предмет страхування**
- 1.1. Положення цієї Програми складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включено таку Програму, та набирають чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми зазначені у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування.
- 1.2. Згідно з цим Програмою Особу є фізичною особою, правиче, ім'я та по батьковій якій зазначаються у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування на письмово відомі Страховальника, що здійснена в момент подання Заяви про Страхування або пізніше протягом дії Договору Страхування.
- 1.3. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії. Розмір Страхової Премії зазначається у Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування.
- 1.4. Страховим Випадком, що включається до цієї Програми, є:
- 1.4.1. смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, що має місце під час дії цієї Програми;
- 1.4.2. смерть Застрахованої Особи та її подружжя внаслідок одного Нещасного Випадку.
- 1.5. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми, визначеної у Договорі Страхування як Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку. Відгоднабувачу, якщо Застрахована Особа померла до дати, яка визначена в Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми, внаслідок Нещасного випадку, що має місце під час дії цієї Програми, та за умови надання Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження настання Страхового Випадку та для здійснення Страхової Виплати.
- 1.6. У випадку смерті Застрахованої Особи та його/її подружжя внаслідок одного Нещасного випадку Страховик зобов'язується здійснити виплату додаткової Страхової Суми на випадок смерті Застрахованої Особи та його/її подружжя внаслідок одного Нещасного випадку (додаткова Страхова Сума у випадку сирітства). Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи та його/її подружжя внаслідок одного Нещасного випадку встановлюється в розмірі суми, якої дорівнює меншій з двох сум:
- Страхова Сума на випадок смерті Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, визначена у Договорі Страхування;
 - 500 000 (п'ятсот тисяч) грн., якщо інше не передбачено Договором Страхування.
- 1.7. Страхова Виплата за цією Програмою здійснюється тільки за умов виконання таких умов:
- 1.7.1. Смерть Застрахованої Особи повинна бути примим наслідком тілесних ушкоджень, заходів інших зовнішнім, насильницьким та випадковим чином (крім випадків утоплення або внутрішніх ушкоджень, виявлених розтином), про що існують докази у вигляді видимих синців або ран на поверхні тіла;
- 1.7.2. Страховик повинен отримати підтвердження того, що смерть Застрахованої Особи сталася до дати, зазначеної у Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми.
- 1.7.3. Страховик повинен отримати підтвердження того, що нещасний випадок стався із Застрахованою Особою в період дії цієї Програми.
- 1.7.4. Будь-які Страхові Виплати за цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат згідно з Договором Страхування.
- 1.9. Малолітні та неповнолітні особи - тобто, особи, яким ще виповнилося 18 (вісімнадцять) років - не можуть бути застраховані згідно з умовами цієї Програми.
- 2. Включення із Страхових Випадків та обмеження страхування**
- 2.1. Випадок, передбачений в пункті 1.4 Програми, не вважається Страховим Випадком, якщо він є наслідком, прямо або опосередковано, будь-яких обставин, зазначених в статті 4 "Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування" Правил страхування. Відповідно, в такому разі Страхові Виплати, передбачені в пунктах 1.5 та 1.6 Програми, не здійснюються.
- 2.2. Додатково до пункту 2.1 цієї Програми, Страховик не здійснює Страхових Виплат у разі настання Страхових Випадків, причиною яких є наведене нижче, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:
- 2.2.1. Професійна діяльність Застрахованої Особи, в тому числі за таких фахом:
- особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
 - каскадери;
 - циркові артисти (акробати, дресирувальники);
 - працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
 - військовий репортер, редактор, журналіст, фотограф, оператор, перекладач (що працюють в політично нестабільних зонах та зонах бойових дій);
 - аварійно-рятувальні служби у високотрибуних районах (за використанням вертольотів, альпіністського спорядження);
 - військслужбовці збройних сил незалежно від військової спеціальності, роду військ, військового звання та форми проходження військової служби;
 - члени загонів особливого призначення незалежно від відомчого підпорядкування;
 - професійні спортсмени та тренери;
 - особи і охоронці;
 - водоплави, працівники, чия діяльність пов'язана з підводним занурюванням;
- 2.2.2. Заняття Застрахованою Особою спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняття Застрахованою Особою спортом на любительському рівні: автомобільним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким повітряним спортом, альпінізмом, дайвінгом (глибше, ніж на 40 м), стрільбою;
- 2.2.3. Подорожування або політ на повітряному судні будь-якого типу, за винятком політу в якості пасажера на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;
- 2.2.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;
- 2.2.5. Тренування або пілотування або перебування в якості пасажера на планері або планері, який ліотується вручну, у випадку стрибка з парашутом Застрахованої Особи;
- 2.2.6. Участь у військових маневрах, навчаннях, випробуваннях військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військслужбовця або цивільного працівника;
- 2.2.7. Тілесні ушкодження, спричинені, прямо або опосередковано, повністю або частково, отруєнням будь-якими отруйними речовинами, газами, викиленими газами, незалежно від того, було таке отруєння наслідком чи випадковим, а незалежно від того, було таке отруєння спричинене прямим впливом газу, поглинанням чи вдиханням або потраплянням отруйних речовин в організм іншим чином, окрім випадкового отруєння одним газом під час пожежі;
- 2.2.8. Будь-які методи або способи лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних відхилень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;
- 2.2.9. Будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, що передує Даті Початку дії або дати подволення дії цієї Програми;
- 2.2.10. Тілесні ушкодження, спричинені прямо чи опосередковано, повністю або частково будь-яким інфекційним бактеріальним зараженням, за винятком інфекційного зараження внаслідок пожежі або поранення, що сталося випадково;
- 2.2.11. Проходження будь-яких експериментальних, дослідних та діагностичних процедур;
- 2.2.12. Лікування у фахівців з мануальної терапії, остеопатів або інших фахівців, які займаються нетрадиційним (альтернативним) лікуванням;
- 2.2.13. Нещасний випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажера на такому транспортному засобі, окрім випадку, коли використання такого транспортного засобу пов'язане з виконанням Застрахованою Особою службових обов'язків, з урахуванням пункту 2.2.1 цієї Програми.
- 2.3. У разі настання Страхового Випадку "Смерть" факт відсутності трупа чи неможливості його ідентифікації призводить до невизнання такого випадку Страховим Випадком, крім випадків, коли цей факт визнаний юридичним фактом у судовому порядку.
- 2.4. Страхова Виплата буде здійснена за умови, що смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку мала місце:
- протягом строку дії цієї Програми;
 - до дати чергової річницю дії Програми після 65-го дня народження Застрахованої Особи;
 - протягом 365 днів від дати настання Нещасного випадку, який призвів до летального наслідку.
- 3. Права Страховика у випадку смерті Застрахованої Особи**
- Додатково до прав, передбачених в пункті 10.2 Правил страхування, Страховик має право, та йому повинен бути наданий дозвіл на проведення обраними Страховим спеціалістами/експертами обстеження та розтину тіла Застрахованої Особи, якщо це не суперечить чинному законодавству України.
- 4. Початок дії Програми**
- Датою початку дії цієї Програми є дата початку дії Програми страхування основних ризиків Договору Страхування, якщо тільки ця Програма не було введено в дію та включено до договору Страхування пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування.
- 5. Припинення дії Програми**
- 5.1. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення.
- 5.2. Додатково до статті 18 Правил страхування дія цієї Програми припиняється у таких випадках:
- 5.2.1. Страхова Премія за цією Програмою або Програмою страхування основних ризиків не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового Періоду; або
- 5.2.2. Договір Страхування припиняється цією Програмою, набув статусу Спільного Договору Страхування, як передбачено відповідною статтею Правил страхування, або дію Програми страхування основних ризиків було припинено на будь-яких підставах; або
- 5.2.3. Застраховану Особу визнано психічно хворою; або

- 5.2.4. Застрахована Особа вступила до військових наземних, морських чи повітряних сил будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або
- 5.2.5. Застрахована Особа стала власником будь-яких дощадків або цивільних невійськових підрозділів, що допомагають військовим наземним, морським чи повітряним силам будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або
- 5.2.6. У чергову річницю дії цієї Програми після 65-го дня народження Застрахованої Особи, незалежно від того, чи продовжує діяти Договір Страховання; або
- 5.2.7. Після здійснення Страхової Виплати згідно з цією Програмою.
- 5.3. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком зобов'язання повернення Страховальнику незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплатою авансом додаткової Страхової Премії, термін сплати якої настає після дати припинення цієї Програми. Незароблена частина Страхової Премії – це частина додаткової Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.
- 6. Ця Програма як частина Договору Страховання**
- 6.1. До цієї Програми не застосовуються положення Правил добровільного страхування життя щодо:
- 6.1.1. Набуття Договором Страховання статусу Сплаченого Договору Страховання (пункт 6.6 Правил);
- 6.1.2. Дотримання умов додатку Договору Страховання з ініціативи Страховальника (стаття 14 Правил);
- 6.1.3. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил).
- 6.2. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25) до цієї Програми не застосовуються.
- 6.3. Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою згідно зі Страховими Тарифами за цією Програмою. Зміна ґрунтуватиметься на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного досвіду Страховика. Зміна набуватиме чинності з річницю дії цієї Програми. Страховальник має право відмовитися від таких змін протягом тридцяти днів. Якщо Страховальник відмовляється прийняти зміни, або розмір сплати менше ніж Страхової Премії відраховується від суми, встановленої після таких змін, Страховик має право достроково припинити дію Програми з дати чергової річниці її дії шляхом письмового повідомлення Страховальника.

Додаток 1-9

ADD Програма страхування додаткових ризиків Страховання на випадок смерті/каліцтва/постійної та повної непрацездатності внаслідок Нещасного випадку ("Програма")

- 1. Предмет страхування**
- 1.1. Положення цієї Програми складають невід'ємну частину Договору Страховання, до якого включено таку Програму, та набирають чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назву цієї Програми зазначено у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страховання.
- 1.2. Згідно з цією Програмою Застрахованою Особою є фізична особа, правдиве ім'я та по батьківській назві зазначаються у Страховому Полісі або у Додатку до Договору Страховання та в письмовому додатку Страховальника, що здійснена в момент подання Заяви про Страховання або пізніше протягом дії Договору Страховання.
- 1.3. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії. Розмір Страхової Премії зазначається у Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страховання.
- 1.4. Страховик зобов'язується здійснити виплату Страхової Суми, визначеної у Договорі Страховання, Вигодонабувачу у разі смерті Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, що має місце під час дії цієї Програми, до дати, яка визначена в Договорі Страховання як дата закінчення дії цієї Програми, та за умови надання Страховику всіх документів, необхідних для підтвердження настання Страхового Виплату та для здійснення Страхової Виплати.
- 1.5. У випадку Постійної Непрацездатності Застрахованої Особи в результаті Нещасного випадку Страховик погоджується здійснити Страхову Виплату відповідно до умов цієї Програми на користь Застрахованої Особи.
- 1.6. Будь-які Страхові Виплати за цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат згідно з Договором Страховання.
- 1.7. Малоплітні та неповнолітні особи – тебто, особи, які не виповнили 18 (вісімнадцять) років – не можуть бути застраховані за ризиком "Смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку" згідно з умовами цієї Програми.
- 2. Страховий Виплаток та Страхові Виплати**
- 2.1. Страховими Виплатками за цією Програмою є Смерть, Каліцтво та/або Постійна та Повна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку.
- 2.1.1. Смерть внаслідок Нещасного випадку:
- 2.1.2. Якщо внаслідок Нещасного випадку Застрахована Особа отримала тілесні ушкодження, що призвели до її смерті, Страховик зобов'язаний здійснити Страхову Виплату Вигодонабувачу за умови, що смерть настала протягом 365 днів з дня настання Нещасного випадку, який спричинив таку смерть;
- 2.1.2.1. Якщо Застрахована Особа була застрахована і на випадок смерті внаслідок Нещасного випадку, і на випадок Постійної та Повної непрацездатності внаслідок Нещасного випадку за однієї і тієї ж самої Договору Страховання, то настання такої непрацездатності та смерті Застрахованої Особи внаслідок того самого тілесного ушкодження розглядаються як настання одного страхового випадку, а саме: смерть Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку;
- 2.1.2.2. Якщо Застрахована Особа отримала Страхову Виплату на випадок Непрацездатності внаслідок Нещасного випадку, і якщо після цього її самі тілесні ушкодження зумовляють смерть Застрахованої Особи, то будь-які суми здійснених Страхових Виплат на випадок Непрацездатності внаслідок Нещасного випадку буде вираховано із належної Страхової Виплати на випадок смерті внаслідок Нещасного випадку.
- 2.2. Постійна та Повна Непрацездатність:
- 2.2.1. Для цієї цієї програми Постійною та Повною Непрацездатністю Застрахованої Особи вважаються непрацездатність, яка не дозволяє Застрахованій Особі займатися будь-якою професійною чи трудовою діяльністю, а також виконувати будь-яку розумову або фізичну працю за винагороду або заради отримання прибутку.
- 2.2.2. Якщо внаслідок Нещасного випадку Застрахована Особа отримала тілесні ушкодження, що протягом 365 днів, починаючи з дати настання Нещасного випадку, призведуть до Постійної та Повної Непрацездатності Застрахованої Особи, як визначено вище, то Страховик виплатить Страхову Суму з урахуванням положень пункту 2.2.4 цієї Програми за умови, що така непрацездатність тривала протягом 12 (дванадцяти) місяців безперервно і повною та постійно в кінці цього періоду;
- 2.2.3. Однак, не зв'язуючи на п. 2.2.2 Програми, Страховик вважає Постійною та Повною Непрацездатністю і не застосовує термін 12-місячний очікувальний період до наведеного у таблиці нижче:

Опис Повної та Постійної Непрацездатності	Розмір Страхової Виплати (у відсотках від Страхової Суми)
Повна втрата зору на обидва ока	100%
Повна глухота на обидва вуха	100%
Повна втрата мови	100%
Видалення нижньої щелепи	100%
Повна втрата обох рук або обох кистей	100%
Повна втрата обох ніг або обох стоп	100%
Повна втрата однієї руки або однієї кисти та однієї ноги або однієї стопи	100%
Повне слабомство	100%

- 2.2.4. Страховик виплатить зі Страхової Виплати будь-які суми, які були сплачені раніше або підлягають виплаті за цією Програмою у зв'язку з тим самим видом непрацездатності внаслідок того самого Нещасного випадку.
- 2.3. Каліцтво
- 2.3.1. Якщо внаслідок Нещасного випадку, передбаченого цією Програмою, має місце Каліцтво, зазначене у Таблиці Видів Втрат, наведеної нижче у цьому пункті, то Страховик здійснює на користь Застрахованої Особи Страхові Виплати, які дорівнюють частині Страхової Суми згідно з Таблицею Видів Втрат для конкретної травми, але за умови, що таке Каліцтво є прямим наслідком такої травми незалежно від будь-яких інших обставин та сталося протягом 365 днів після настання Нещасного випадку, який зумовив таке Каліцтво;

Вид каліцтва	Розмір Страхової Виплати (у відсотках від Страхової Суми)	
	Права	Лева
Втрата однієї руки	60%	50%
Втрата однієї кисти або передпліччя	60%	50%
Втрата однієї ноги вище коліна	60%	60%
Втрата однієї ноги на рівні або нижче коліна	50%	50%
Втрата однієї стопи	40%	40%
Втрата зору на одне око	50%	

- 2.3.2. Якщо Застрахована Особа є ліворукою та зазначає це у Заяві на Страховання, або це офіційно визнано, тоді визначені вище частини Страхової Суми для різних видів непрацездатності лівої та правих кінцівок взаємно змінюються;
- 2.3.3. Якщо наслідки Нещасного випадку погіршуються через небезлість Застрахованої Особи або її відмову отримати необхідну медичну допомогу, то сума належних Страхових Виплат розраховується не згідно з реальними наслідками Нещасного випадку, що стався із Застрахованою Особою, а згідно з наслідками, які б мала звичайна фізично здорова особа у зв'язку з таким Нещасним випадком, якщо вона отримала відповідне та раціональне медичне лікування, що має бути підтверджено лікарем-експертом, призначеним Страховиком. У разі попереднього погіршення фізичного стану здоров'я Застрахованої Особи тільки реальні та дійсні наслідки зазначеного Нещасного випадку мають бути основою для визначення розміру Страхових Виплат;
- 2.3.4. Розмір Страхових Виплат, пов'язаних із видами каліцтва, які не зазначені в наведеній у пункті 2.3.1 Програми Таблиці Видів Втрат, розраховується відповідно до їх серйозності у порівнянні з тими випадками, що зазначені в Таблиці, і при цьому не береться до уваги професія чи місце роботи Застрахованої Особи;
- 2.3.5. Загальна сума Страхових Виплат, яка сплачується через настання декількох випадків каліцтва та Повної Непрацездатності внаслідок одного або декількох Нещасних випадків, розраховується шляхом додавання різних сум, але загальний розмір не повинен перевищувати загальну Страхову Суму, зазначену у Договорі Страховання;
- 2.3.6. Будь-які випадки Каліцтва органів або частин тіла, що мають постійну аномалію або патологію, яка існувала до настання Нещасного випадку, виключаються зі Страхових Виплатків за Договором Страховання в частині такої аномалії або патології, яка існувала до настання Нещасного випадку, що має бути підтверджено лікарем-експертом, призначеним Страховиком.
- 3. Умови здійснення Страхових Виплат**
- 3.1. Підтвердження Смерті внаслідок Нещасного випадку надається одним із Вигодонабувачів або його законним представником у вигляді свідчення про смерть або, у разі зникнення тіла, судового рішення про оголошення громадянина померлим, що набуло законної сили.
- 3.2. Страхові Виплати на випадок Непрацездатності внаслідок Нещасного випадку (Постійної та Повної Непрацездатності) здійснюються після медичного визнання Страховиком цієї Непрацездатності Постійною та Повною.
- 4. Зовнішній вплив на Застраховану Особу та її зникнення**

- 4.1. Якщо через Нещасний випадок згідно з цією Програмою Застрахована Особа неминуче піддається зовнішньому впливу, внаслідок якого стає Непрацездатною, що обумовлює необхідність здійснення Страхової Виплати згідно з цією Програмою, то цієї Програми також поширюється на таку Непрацездатність.
- 4.2. Якщо тло Застрахованої Особи не було знайдене після зникнення, примусового приземлення літального апарату, вихади на берег, затоплення або аварії транспортного засобу, на якому в якості пасажирів або члена екіпажу знаходився Застрахована Особа, то, за умови дотримання інших положень, такий випадок вважається Страховим Випадком "Смерть Застрахованої Особи" у разі оголошення Застрахованої Особи померлою у судовому порядку.
- 5. Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування**
- 5.1. Виплати, передбачені в пункті 2 Програми, не визнаються Страховим Випадком, якщо вони є наслідком, прямо або опосередковано, будь-яких обставин, зазначених в статті 4 "Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування" Правил добровільного страхування життя.
- 5.2. Додатково до пункту 5.1 цієї Програми Страховик не здійснює Страхових Виплат при наступні випадках, причиною яких є наведені нижче, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:
- 5.2.1. Професійна діяльність Застрахованої Особи за цією Програмою, в тому числі за таким факхом:
- особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
 - каскадери;
 - циркові артисти (акробати, дресировальники);
 - працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
 - військові репортери та репортери, редактори, журналісти, фотографи, оператори, перекладачі (що працюють в політично нестабільних зонах та зонах бойових дій);
 - авіаріонт-рятувальні служби у високогірних районах (із використанням вертольотів, альпіністського спорядження);
 - авіаційно-службовці збройних сил незалежно від військової спеціальності, роду військ, військового звання та форми проходження військової служби;
 - члени загонів особливого призначення незалежно від відомого підпорядкування;
 - професійні спортсмени та тренери;
 - особисті охоронці;
 - водоплави, працівники, чия діяльність пов'язана з підводним занурюванням;
- 5.2.2. Заняття Застрахованою Особою спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняття Застрахованою Особою спортом на любительському рівні; автомобільним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким повітряним спортом, альпінізмом, а також гоним (гібридний до 40 км), стрільбою;
- 5.2.3. Подорожування або політ на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажирів на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;
- 5.2.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;
- 5.2.5. Тренування або пілотажу або перебування в якості пасажирів на планері або планері, який плотується вручну, у випадку стрибка з парашутом Застрахованої Особи;
- 5.2.6. Учасність у військових маневрах, навчаннях, випробуваннях військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;
- 5.2.7. Учасність у військових спробищеннях, прямо або опосередковано, повністю або частково, отруєння будь-якими отруйними речовинами, газам, вибуховими газами, незалежно від того, було таке отруєння навмисним чи випадковим, та незалежно від того, було таке отруєння спричинене прямим випускуванням, поглинанням чи вдиханням або потраплянням отруйних речовин до організму іншим шляхом, окрім випадкового отруєння чадиним газом під час пожежі;
- 5.2.8. Будь-які методи або способи лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних виділень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;
- 5.2.9. Будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, що передувє Даті Початку дії або дату повноценної дії цієї Програми;
- 5.2.10. Тілесні ушкодження, спричинені прямо чи опосередковано, повністю або частково будь-яким інфекційним бактеріальним зараженням, за винятком інфекційного зараження внаслідок порузу або поранення, що сталося випадково;
- 5.2.11. Проходження будь-яких експериментальних, дослідних та діагностичних процедур;
- 5.2.12. Лікування у фахівців з мануальної терапії, остеопатів або інших фахівців, які займаються нетрадиційним (альтернативним) лікуванням;
- 5.2.13. Нещасний випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мототранспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажирів на такому транспортному засобі, окрім випадків, коли використання такого транспортного засобу пов'язане з виконанням Застрахованою Особою службових обов'язків, з урахуванням пункту 5.2.1 цієї Програми;
- 5.2.14. Тілесні ушкодження внаслідок Нещасного випадку, які спричинили килу, люмбаго або запалення сідничного нерва;
- 5.2.15. Вакцинація та наслідки вакцинації.
- 5.3. Страхова Виплата буде здійснена, за умови що Страховий Випадок мав місце:
- протягом дії цієї Програми;
 - до дати чергової річної дії Програми після 65-го дня народження Застрахованої Особи.
- 6. Права Страховика у разі настання Страхового Випадку**
- Додатково до прав, передбачених в пункті 10.2 Правил страхування, Страховик має право проводити обстеження Застрахованої Особи з метою визначення, чи є її постійна непрацездатність внаслідок Нещасного випадку повною або частковою відповідно до умов цієї Програми. Будь-які належні Страхові Виплати відповідно до умов цієї Програми ґрунтуються на результатах зазначеного медичного обстеження.
- 7. Початок дії Програми**
- Датою початку дії цієї Програми буде дата початку дії Програми страхування основних ризиків Договору Страхування, якщо тільки ця Програма не було введено в дію та включено до Договору Страхування пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування.
- 8. Припинення дії Програми**
- 8.1. Будь-яка зі Сторін має право припинити цю Програму, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення.
- 8.2. Дія цієї Програми припиняється, якщо Страховик звільняється від своїх відповідних зобов'язань у випадку здійснення Страхової Виплати на випадок смерті Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку.
- 8.3. Додатково до статті 18 Правил добровільного страхування життя цієї Програми припиняється у таких випадках:
- 8.3.1. Застраховану Особу визнано психічно хворою; або
- 8.3.2. Застрахована Особа вступила до військових наземних, морських чи повітряних сил будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або
- 8.3.3. Застрахована Особа стала членом будь-якої доповіданої або цивільних невійськових підрозділів, що допомагають військовим наземним, морським чи повітряним силам будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або
- 8.3.4. У чергову річницю дії цієї Програми після 65-го дня народження Застрахованої Особи, незалежно від того, чи продовжує діяти Договір Страхування; або
- 8.3.5. Страхова Премія за цією Програмою або Програмою страхування основних ризиків не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового Періоду; або
- 8.3.6. Договір Страхування, до якого включено цю Програму, набув статусу Спаченого Договору Страхування, як передбачено відповідною статтею Правил страхування, або дію Програми страхування основних ризиків було припинено на будь-яких підставах.
- 8.4. У будь-який момент дії цієї Програми сплата додаткової Страхової Премії припиняється, і зобов'язання Страховика за цю Програмою припиняються, за винятком зобов'язання повернення Страховальнику, відповідно до чинного законодавства України, незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення дії Програми. Незароблена частина Страхової Премії - це частина додаткової Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.
- 9. Ця Програма як частина Договору Страхування**
- 9.1. До цієї Програми не застосовуються положення Правил добровільного страхування життя щодо:
- 9.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил)
- 9.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Спаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил)
- 9.1.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страховальника (стаття 14 Правил);
- 9.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил).
- 9.2. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25) до цієї Програми не застосовуються.
- 9.3. Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою згідно зі Страховими Тарифами за цією Програмою. Зміна ґрунтується на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного досвіду Страховика. Зміна набуває чинності з річницю дії цієї Програми. Страховальник має право відмовитися від таких змін протягом тридцяти днів. Якщо Страховальник відмовляється прийняти зміну, або розмір сплаченої ним Страхової Премії відрізняється від розміру, встановленого після таких змін, Страховик має право достроково припинити цю Програму з дати чергової річницю її дії шляхом письмового повідомлення Страховальника.
- 9.4. Страховик має право відмовитися вносити будь-які зміни до Договору Страхування після настання Страхового Випадку за цією Програмою.

Додаток 1-10

РІ Програма страхування додаткових ризиків Страховання на випадок постійної непрацездатності внаслідок Нещасного випадку ("Програма")

- 1. Предмет страхування**
- 1.1. Положення цієї Програми складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включено таку Програму, та набирають чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми зазначені у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування.
- 1.2. Згідно з цією Програмою Застрахованою Особою є фізична особа, привіще, ім'я та по батькові якої зазначаються у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування на письмову вимогу Страховальника, що здійснена в момент подання Заяви про Страхування або пізніше протягом дії Договору Страхування.
- 1.3. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії. Розмір Страхової Премії вказується у Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування.
- 1.4. У випадку Постійної Непрацездатності Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку Страховик погоджується здійснити Страхову Виплату відповідно до цієї Програми на користь Застрахованої Особи.
- 1.5. Будь-які Страхові Виплати за цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат згідно з Договором Страхування.
- 2. Страховий Випадок та Страхова Виплата**
- Страховий Випадок згідно з цією Програмою є Постійною Непрацездатністю Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку.
- 2.1. Постійна Непрацездатність визнається за допомогою спеціальної Таблиці Видів Втрат. Страховик здійснює Застрахованій Особі Страхову Виплату, якщо дорівнюють частини Страхової Суми згідно з Таблицею Видів Втрат для конкретної травми, але за умови, що така Постійна Непрацездатність сталася протягом 365 днів після дати Нещасного випадку, який зумовив таку Постійну Непрацездатність, та триває протягом решти життя такої Застрахованої Особи.
- 2.2. Розмір Страхових Виплат на випадок Постійної Непрацездатності внаслідок випадків, які не зазначені в наведеній нижче Таблиці Видів Втрат, розраховується відповідно до їх серйозності в порівнянні з тими випадками, що зазначені в Таблиці Видів Втрат, при цьому не береться до уваги професії чи місця роботи Застрахованої Особи.
- 2.3. Загальна сума Страхових Виплат, яка сплачується через настання декількох випадків Непрацездатності внаслідок одного Нещасного випадку, розраховується шляхом додавання різних сум, але загальний розмір не повинен перевищувати загальну Страхову Суму, зазначену у Договорі Страхування.
- 2.4. Якщо стан Застрахованої Особи погіршується через недбалість Застрахованої Особи або її відмову отримати необхідну медичну допомогу, то сума належних Страхових Виплат

- розраховується не відповідно до реальних наслідків Нещасного випадку, що стався із Застрахованою Особою, а відповідно до наслідків, які б мала звичайна фізично здорова особа в результаті такого Нещасного випадку, якщо вона отримала відповідне та раціональне медичне лікування, що має бути підтверджено лікарем-експертом, призначеним Страховиком. У разі попереднього погіршення фізичного стану здоров'я Застрахованої Особи тільки реальні та дійсні наслідки зазначеного Нещасного випадку мають бути основою для визначення розміру Страхових Виплат.
- 2.5. Якщо Застрахована Особа є ліворукою та зазначила це у Заяві на Страхування або це офіційно визнано, тоді визначені нижче частки від Страхової Суми для різних видів непрацездатності лівих та правих кінцівок взаємно змінюються.
- 2.6. Дія Програми припиняється відразу після настання Страхового Виплату "Постійна та Повна Непрацездатність" згідно з цією Програмою, але настання такого Страхового Виплату не зумовлює припинення дії Договору Страхування в цілому.
- 2.7. Визначення Виду Втрат:
- 2.7.1. Втрата кисті, руки, стопи або ноги означає втрату відповідної частини кінцівки або кінцівки через фізичне відчленування або повну та постійну втрату здатності використовувати зазначені частини кінцівки або кінцівки;
- 2.7.2. Втрата ока означає повну та невідновну втрату зору; втратою зору вважається чіткість зору після корекції 3/60 або менше за шкалою Снеллера;
- 2.7.3. Втрата слуху або мовлення означає повну та невідновну втрату слуху або мовлення.
- 2.8. Будь-які випадки Втрат органів або частин тіла, що мають постійну аномалію або патологію, яка існувала до настання Нещасного випадку, виключаються зі Страхових Виплатків за Договором Страхування в частині такої аномалії або патології, що має бути підтверджено лікарем-експертом, призначеним Страховиком.
- 2.9. Страхову Виплату буде здійснено за умови, що Нещасний Випадок, який зумовив настання Страхового Виплату має місце:
- протягом дії цієї Програми;
 - до дати чергової річниці дії Програми після 65-го дня народження Застрахованої Особи.
- 3. Таблиця Видів Втрат**

<i>Непрацездатність</i>	<i>Розмір Страхової Виплати (у відсотках від Страхової Суми)</i>	
Постійна та Повна Непрацездатність:		
Повна втрата зору на обидва ока		100%
Повна втрата обох кистей або рук		100%
Повна глухота на обидва вуха травматичного походження		100%
Повна втрата мовлення		100%
Повна втрата однієї руки та однієї ноги		100%
Повна втрата однієї руки та однієї стопи		100%
Повна втрата однієї кисті та однієї стопи		100%
Повна втрата однієї кисті та однієї ноги		100%
Повна втрата обох ніг		100%
Повна втрата обох стоп		100%
Видалення нижньої щелепи		100%
Повне слабумовство		100%
Постійна Часткова Непрацездатність:		
Голова:		
Втрата кісткової тканини черепа по всій його товщині		
- Поверхня площею не менше 6 кв.см		40%
- Поверхня площею від 3 до 6 кв.см		20%
- Поверхня площею менше 3 кв.см		10%
Часткове видалення нижньої щелепи, її висхідної частини у повному обсязі або половини верхньої щелепи		40%
Повна глухота на одне вухо		30%
Повна втрата одного ока		50%
Верхні кінцівки	Права	Ліва
Втрата однієї руки або кисті	60%	50%
Значна втрата кісткової тканини руки (чітко виражене та невиліковне ураження)	50%	40%
Повний параліч верхньої кінцівки (невиліковне ураження нервів)	65%	55%
Повний параліч огинального нерва	20%	15%
Анкілоз плеча	40%	30%
Анкілоз ліктя:		
- у сприятливому положенні (15 градусів від прямого кута);	35%	30%
- у несприятливому положенні	40%	35%
Значна втрата кісткової тканини двох кісток передпліччя (чітко виражене та невиліковне ураження)	40%	30%
Повний параліч середнього нерва	45%	35%
Повний параліч променевого нерва на рівні суглобової западини ліктьового суглоба	40%	35%
Повний параліч променевого нерва на рівні передпліччя	30%	25%
Повний параліч променевого нерва на рівні кисті	20%	15%
Повний параліч ліктьового нерва	30%	25%
Анкілоз загістька у сприятливому положенні (прямо або в пронації)	20%	15%
Анкілоз загістька у несприятливому положенні (згинання, або неприродне розгинання, або супінація)	30%	25%
Повна втрата великого пальця	20%	15%
Часткова втрата великого пальця (нігтьової фаланги)	10%	5%
Повний анкілоз великого пальця	20%	15%
Повна ампутація вказівного пальця	15%	10%
Повна втрата двох фаланг вказівного пальця	10%	8%
Повна втрата нігтьової фаланги вказівного пальця	5%	3%
Одновременна ампутація великого пальця і вказівного пальця	35%	25%
Повна втрата великого пальця та іншого пальця (крім вказівного)	25%	20%
Повна втрата двох пальців (крім великого та вказівного)	12%	8%
Повна втрата трьох пальців (крім великого та вказівного)	20%	15%
Повна втрата чотирьох пальців, включаючи великий палець	45%	40%
Повна втрата чотирьох пальців, виключаючи великий палець	40%	35%
Повна втрата середнього пальця	10%	8%
Повна втрата пальця (крім великого, вказівного та середнього)	7%	3%
Нижні Кінцівки		
Повна втрата нижньої кінцівки на рівні верхньої половини стегна		60%
Повна втрата нижньої кінцівки на рівні нижньої половини стегна		50%
Повна втрата стопи (дезартикуляція на рівні гомілковостопного суглоба)		40%
Часткова втрата стопи (дезартикуляція на рівні підтаранного суглоба)		35%
Часткова втрата стопи (дезартикуляція на рівні поперечного суглоба стопи)		30%
Часткова втрата стопи (передплосно-плоснева дезартікуляція)		30%
Повний параліч нижньої кінцівки (невиліковне ураження нерва)		60%
Повний параліч двох нервів (зовнішній та внутрішній підколінний сідничний нерв)		40%
Повний параліч зовнішнього підколінного сідничного нерва		20%
Повний параліч внутрішнього підколінного сідничного нерва		30%
Анкілоз кульшового суглоба		40%
Анкілоз колінного суглоба		20%
Втрата кісткової тканини стегна або обох кісток гомілки (невиліковний стан)		60%
Втрата кісткової тканини наконілка зі значним розходженням фрагментів та значним обмеженням рухів при випрямленні ноги		40%
Втрата кісткової тканини наконілка зі збереженням рухів		20%
Вкорочення нижньої кінцівки щонайменше на 5 см		30%
Вкорочення нижньої кінцівки від 3 до 5 см		20%
Вкорочення нижньої кінцівки від 1 до 3 см		10%
Повна ампутація всіх пальців стопи		25%
Ампутація чотирьох пальців стопи, включаючи великий палець		20%
Повна втрата чотирьох пальців стопи		10%

	Непрацездатність	Розмір Страхової Виплати (у відсотках від Страхової Суми)
Повна втрата великого пальця стопи		10%
Повна втрата двох пальців стопи		5%
Ампутація одного пальця стопи (крім великого пальця)		3%

Амплювання пальців кистей (крім вказівного та великого) та пальців стоп (крім великого) дає право на компенсацію в розмірі 50% від суми виплати у випадку втрати зазначених частин тіла.

4. Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування

- 4.1. Випадки, передбачені в пункті 2 цієї Програми, не визнаються Страховим Випадком, якщо вони є наслідком, прямо або опосередковано, будь-яких обставин, зазначених у статті 4 "Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування" Правил добровільного страхування життя.
- 4.2. Додатково до пункту 4.1 цієї Програми, Страховик не здійснює Страхових Виплат у разі настання Страхових Випадків, причиною яких є наведене нижче, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:
 - 4.2.1. Професійна діяльність Застрахованої Особи, в тому числі за таких фахом:
 - особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
 - каскадери;
 - циркові артисти (акробати, дресировальники);
 - працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
 - військові репортери та репортери, редактори, журналісти, фотографі, оператори, перекладачі (що працюють в політично нестабільних зонах та зонах бойових дій);
 - аварійно-рятувальні служби у високотрибних районах (із використанням вертольотів, альпіністського спорядження);
 - військовослужбовці збройних сил, незалежно від військової спеціальності, роду служби, військового звання та форми проходження військової служби;
 - члени загонів особливого призначення, незалежно від відомого підпорядкування;
 - професійні спортсмени та тренери;
 - особисті охоронці;
 - 4.2.2. - водоплави, працівники, чия діяльність пов'язана з підводним занурюванням;
 - 4.2.3. Заняття Застрахованою Особою спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняття Застрахованою Особою спортом на любительському рівні: аматорським, професійним спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким повітряним спортом, альпінізмом, дайвінгом (глибше, ніж на 40 м), стрільбою;
 - 4.2.4. Подорожування або політ на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажирів на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;
 - 4.2.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;
 - 4.2.5. Тренування або перебування в якості пасажирів на планері або планері, який плітється вручну, у випадку стрибка з парашутом Застрахованої Особи;
 - 4.2.6. Участь у військових маневрах, навчаннях, випробуваннях військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;
 - 4.2.7. Тілесні ушкодження, спричинені, прямо або опосередковано, повністю або частково, отруєнням будь-якими отруйними речовинами, газами, вибуховими газами, незалежно від того, було таке отруєння навмисним чи випадковим, та незалежно від того, було таке отруєння спричинене прямим вприскуванням, поглинанням чи вдиханням або потраплянням отруйних речовин до організму іншим шляхом, окрім випадкового отруєння чадним газом під час пожежі;
 - 4.2.8. Будь-які методи або способи лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних відхилень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;
 - 4.2.9. Будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, що передувє Датою Початку дії або дату повнолення дії цієї Програми;
 - 4.2.10. Тілесні ушкодження, спричинені прямо чи опосередковано, повністю або частково будь-якою інфекційним бактеріальним зараженням, за винятком інфекційного зараження внаслідок порізу або поранення, що сталося випадково;
 - 4.2.11. Проходження будь-яких експериментальних, дослідних та діагностичних процедур;
 - 4.2.12. Лікування у фахівця з мануальної терапії, остеопата або інших фахівців, які займаються нетрадиційним лікуванням;
 - 4.2.13. Вакцинація та нещасливі випадки;
 - 4.2.14. Нещасний випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мототранспортним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажирів на такому транспортному засобі, окрім випадків, коли використання такого транспортного засобу пов'язане з виконанням Застрахованою Особою службових обов'язків, з урахуванням пункту 4.2.1 цієї Програми;
 - 4.2.15. Тілесні ушкодження внаслідок Нещасного випадку, який спричинили килу, лямбоза або запалення сідничного нерва.

5. **Права Страховця у разі настання Страхового Випадку**
 Додатково до прав, передбачених в пункті 10.2 Правил Страхування, Страховик має право проводити обстеження Застрахованої Особи з метою визначення, чи є постійна непрацездатність внаслідок Нещасного випадку повною або частковою відповідно до умов цієї Програми. Будь-які належні Страхові Виплати відповідно до цієї Програми ґрунтуються на результатах зазначеного медичного обстеження.

6. Початок дії Програми

Датою початку дії цієї Програми буде дата початку дії Програми страхування основних ризиків Договору Страхування, якщо тільки ця Програма не була введена в дію та включена до Договору Страхування пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування.

7. Припинення дії Програми

- 7.1. Будь-яка зі Сторін має право припинити цю Програму, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення.
- 7.2. Дія цієї Програми припиняється та Страховик звільняється від своїх відповідних зобов'язань у таких випадках:
 - 7.2.1. здійснення Страхової Виплати на випадок Постійної та Повної Непрацездатності; або
 - 7.2.2. здійснення виплати 100% Страхової Суми внаслідок одного або кількох Нещасних Випадків у випадку Постійної Часткової Непрацездатності.
- 7.3. Додатково до статті 18 Правил добровільного страхування життя дії цієї Програми припиняється, якщо:
 - 7.3.1. Застраховану Особу визнано психічно хворою; або
 - 7.3.2. Застрахована Особа вступила до військових наземних, морських чи повітряних сил будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або
 - 7.3.3. Застрахована Особа стала членом будь-яких допоміжних або цивільних невійськових підрозділів, що допомагають військовим наземним, морським чи повітряним силам будь-якої країни, оголошеної чи не оголошеної; або
 - 7.3.4. У чергову річницю дії цієї Програми після 65 (шістдесят п'яти)го дня народження Застрахованої Особи, незалежно від того, чи продовжує діяти Договір Страхування; або
 - 7.3.5. Страхові Премії за цю Програмою або Програмою страхування основних ризиків не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового Періоду; або
 - 7.3.6. Договір Страхування, до якого включено цю Програму, набув статусу Сплаченого Договору Страхування, як передбачено відповідною статтею Правил страхування, або дію Програми страхування основних ризиків було припинено на будь-яких підставах.
- 7.4. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми, окрім випадків, передбачених пунктом 7.2 цієї Програми, сплата додаткової Страхової Премії припиняється, і зобов'язання Страховця за цю Програмою припиняється, за винятком зобов'язання повернення Страховальнику відповідно до чинного законодавства України, незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення цієї Програми. Незароблена частина Страхової Премії - це частина Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.

8. Ця Програма як частина Договору Страхування

- 8.1. До цієї Програми не застосовуються положення Правил добровільного страхування життя щодо:
 - 8.1.1. Набуття Договору Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
 - 8.1.2. Дostroкового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страховальника (стаття 14 Правил);
 - 8.1.3. Права на Негарантований фонд (пункт 20.1 Правил).
- 8.2. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25) до цієї Програми не застосовуються.
- 8.3. Якщо це прямо зазначено в Страховому полісі Договором Страхування може бути передбачено страхування на випадок настання Постійної та повної непрацездатності Застрахованої Особи в період дії Договору Страхування внаслідок хвороби. Включення даного ризику в Договір Страхування вимагає сплати додаткової Страхової Премії.
- 8.4. Страховик має право змінити будь-які умови Договору Страхування після настання Страхового Випадку за цією Програмою.
- 8.5. Страховик має право змінювати умови Страхової Премії за цю Програмою згідно зі Страховими Тарифами за цією Програмою. Зміна ґрунтується на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного досвіду Страховика. Зміна набудує чинності з річниці дії цієї Програми. Страховальник має право відмовитися від таких змін протягом тридцяти днів. Якщо Страховальник відмовляється прийняти зміни, або розмір сплаченої ним Страхової Премії відзначається від розміру, встановленого після таких змін, Страховик має право достроково припинити дію Програми з дати чергової річниці дії шляхом письмового повідомлення Страховальника.

Додаток 1-11

CPA Програма страхування додаткових ризиків Страховання на випадок смерті або постійної та повної непрацездатності Страховальника (звільнення від сплати Страхових Премій) ("Програма")

1. **Предмет страхування**
 - 1.1. Положення цієї Програми складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включено цю Програму, та набирають чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми зазначені у Страховому Полісі або у Додатку до Договору Страхування.
 - 1.2. Згідно з цією Програмою здійснюється страхування додаткових ризиків Страховальника, прізвище, ім'я та по батькові якого зазначаються в Договорі Страхування, на письмово вимогу Страховальника, здійснену в момент подання Заяви на Страхування або пізніше у відповідному Додатку до Договору Страхування протягом строку дії Договору Страхування.
 - 1.3. Дія введеної в дію цієї Програми вимагає сплати додаткової Страхової Премії. Розмір Страхової Премії зазначається у Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування.
 - 1.4. Страховими Випадками, що включаються до цієї Програми, є смерть або Постійна та Повна Непрацездатність Страховальника.
 - 1.5. Страховик зобов'язується до дати закінчення дії цієї Програми та за умови дотримання викладених далі умов:
 - a) після отримання та затвердження Страховиком необхідного письмового підтвердження смерті Страховальника звільнити третіх осіб, на користь яких Страховальник уклад Договір Страхування, або осіб, на яких відповідно до чинного законодавства України покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів Застрахованої Особи, від зобов'язання сплати кожної наступної Страхової Премії за Договором Страхування, починаючи з чергової Страхової Премії, термін сплати якої настане після дати смерті Страховальника, і закінчуючи останньою Страховою Премією, термін сплати якої настане до закінчення дії цієї Програми згідно з пунктом 9 цієї Програми;
 - b) після отримання та затвердження Страховиком необхідного письмового підтвердження Постійної та Повної Непрацездатності Страховальника, як цей термін визначено далі у пункті 2 цієї Програми, звільнити Страховальника від зобов'язання сплати наступної Страхової Премії за Договором Страхування протягом періоду тривання такої Непрацездатності, починаючи з чергової Страхової Премії, термін сплати якої настане після дати початку такої Непрацездатності, і закінчуючи датою одужання і припинення

- такої Непрацездатності або останньою датою терміну сплати Страхової Премії до закінчення дії цієї Програми згідно з пунктом 9 цієї Програми.
- 2. Визначення Постійної та Повної Непрацездатності**
- 2.1. Постійною та Повною Непрацездатністю (далі за текстом також "Непрацездатність") згідно з цією Програмою є Непрацездатність, яка виникла внаслідок тілесних ушкоджень або хвороби і яка повністю та остаточно перешкоджає Страховальнику займатися будь-якою професійною чи трудовою діяльністю, а також виконувати будь-яку розумову або фізичну працю за винагороду або заради отримання прибутку, за умови що Постійна та Повна Непрацездатність:
- 2.1.1. виникла внаслідок тілесних ушкоджень або хвороби протягом 180 (ста вісімдесяти) днів після дати настання Нещасного випадку або діагностування хвороби, які мали місце під час дії цієї Програми; та
- 2.1.2. безперервно триває протягом щонайменше 180 (ста вісімдесяти) днів. Непрацездатність протягом такого строку вважається Постійною та Повною тільки для цілей визначення початку зобов'язань Страховика щодо звільнення від сплати наступних Страхових Премій за Договором Страхування згідно з умовами цієї Програми.
- 2.2. Незалежно від положень пункту 2.1 цієї Програми, Страховик визнає як Постійну та Повну Непрацездатність таку непрацездатність, яка виникла внаслідок переохолодженя нижче випадків:
- а) повної та невідновної втрати зору на обидва ока; або
- б) повної та невідновної втрати через відчленування:
- обох рук вище зап'ястка; або
 - обох стоп вище гомілковостопного суглоба; або
 - однієї руки вище зап'ястка та однієї стопи вище гомілковостопного суглоба.
- 3. Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування на випадок Смерті або Постійної та Повної Непрацездатності Страховальника**
- Страховик звільнить від зобов'язання сплати Страхової Премії Страховальника або третіх осіб, на користь яких Страховальник уклав Договір Страхування, або осіб, на яких відповідно до чинного законодавства України покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів Застрахованої Особи, за умови що:
- 3.1. така Смерть Непрацездатність Страховальника не є наслідком:
- 3.1.1. будь-яких обставин, зазначених в статті 4 Правил Страхування;
- 3.1.2. додатково до пункту 3.1.1 цієї Програми, Страховик не визнає Страховими Випадками випадки, причиною яких є професійна діяльність Страховальника, в тому числі за таким фахом:
- особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
 - каскадери;
 - військові репортери та репортери, редактори, журналісти, фотографи, оператори, перекладачі (що працюють у політично нестабільних зонах та зонах бойових дій);
 - військослужбовці збройних сил, незалежно від військової спеціальності, роду військ, військового звання та форми проходження військової служби,
 - службовці МВС;
 - парашутисти;
 - члени інформаційної служби;
 - охоронці, незалежно від того, озброєні чи ні;
 - робітники, що працюють із використанням гірського спорядження (на висоті вище трьох поверхів), робота на цоглях та на опорних цоглях високовольтних ліній електропередачі;
 - аварійно-рятувальні служби в високогірних районах (із використанням вертольотів, альпіністи);
 - водоплави, працівники, чия діяльність пов'язана із підводним занурюванням;
 - члени прасової рятувальної служби;
 - гірські провідники;
 - працівники рятувальних служб, підпорядкованих відповідним органам державної влади (МНС або аналогічні), що безпосередньо виконують рятувальні роботи на місці подій у випадку виникнення надзвичайних ситуацій, катастроф природного або техногенного характеру тощо або роботи з протидії таким явищам та їхнім негативним наслідкам;
 - пожежники;
 - шахтарі в заборі;
 - працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
 - персонал, що обслуговує техніку та залізничне полотно;
 - професійні спортсмени та тренери;
 - циркові артисти (акробати, дресировальники);
- 3.1.3. тілесних ушкоджень або хвороби, наслідком завдань Страховальником самому собі, у здоровому глузді або в стані психічного розладу;
- 3.1.4. тілесних ушкоджень, наслідком нанесення Страховальнику будь-якою особою або особами за згодою Страховальника, незалежно від психічного стану Страховальника;
- 3.1.5. будь-якого захворювання, хвороби або стану Страховальника до Дати початку дії Програми;
- 3.1.6. тілесних ушкоджень, отриманих:
- 3.1.6.1. внаслідок заняття Страховальником спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняття Страховальником спортом на любительському рівні; автомобільного або моторизованого спорту із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким кінним спортом, повітряним спортом, альпінізмом, боксом, боксінгом, боксінгом, дайвінгом (глибше, ніж на 40 м), стрільбою;
- 3.1.6.2. внаслідок подорожування або польоту на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажирів на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;
- 3.1.6.3. внаслідок пересування на підводному човні будь-якого типу;
- 3.1.6.4. внаслідок тренування або пілотажу або перебування в якості пасажирів на планері або планері, який пілотовується вручну, у випадку стрибка Страховальника з парашутом;
- 3.1.6.5. внаслідок безпосередньої участі у військових маневрах, навчаннях, виробовуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військослужбовця або цивільного працівника;
- 3.1.6.6. прямо або опосередковано, повністю або частково, внаслідок отруєння будь-якими отруйними речовинами, газами, вихлопними газами, незалежно від того, було таке отруєння наслідком цих випадків, та незалежно від того, було таке отруєння спричинене прямим вприскуванням, поглинанням чи вдиханням або потраплянням отруйних речовин до організму іншим шляхом, окрім випадкового отруєння надним газом під час пожежі;
- 3.1.6.7. внаслідок будь-яких методів або способів лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних відхилень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;
- 3.1.6.8. прямо чи опосередковано, повністю або частково внаслідок будь-якого інфекційного бактеріального зараження, за винятком інфекційного зараження внаслідок порізу або поранення, що сталося випадково;
- 3.1.6.9. внаслідок проходження будь-яких експериментальних, дослідних та діагностичних процедур;
- 3.1.6.10. внаслідок лікування у фахівця з мануальної терапії, остеопата або інших фахівців, які займаються нетрадиційними (альтернативними) лікуванням;
- 3.1.6.11. внаслідок вакцинації та наслідків вакцинації;
- 3.1.6.12. внаслідок лікування в результаті керування Страховальником мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажирів на такому транспортному засобі, окрім випадків, коли використання такого транспортного засобу пов'язане з виконанням Страховальником службових обов'язків, з урахуванням пункту 3.1.2 цієї Програми;
- 3.1.6.13. внаслідок тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного випадку, які спричинили килу, лямбоза або запалення сідничного нерва.
- 3.2. Смерть Непрацездатність настала внаслідок тілесних ушкоджень або хвороби, що мали місце протягом періоду дії цієї Програми, та усї належать за цією Програмою Страхової Премії були сплачені відповідно до умов Договору Страхування.
- 3.3. Смерть Непрацездатність настала до дати чергової річниці дії Програми після 60-го дня народження Страховальника.
- 3.4. Смерть Непрацездатність настала до дати чергової річниці дії Програми після 21-го дня народження Застрахованої Особи.
- 3.5. Однак, у випадку смерті Страховальника або тривання Постійної та Повної Непрацездатності звільнення від зобов'язання сплати Страхових Премій зберігають чинність до першої з таких дат:
- 1) до дати закінчення дії Договору Страхування; або
 - 2) до дати чергової річниці дії Договору Страхування після 21-го дня народження Застрахованої Особи; або
 - 3) до дати чергової річниці дії Договору Страхування після 65-го дня народження Страховальника, незалежно від того, чи є Страховальник живим на цю дату; або
 - 4) до дати одужання Страховальника та припинення Непрацездатності (відновлення здатності Страховальника працювати або займатися будь-якою професійною чи трудовою діяльністю, пов'язаною з отриманням доходу).
- 4. Повідомлення про настання Страхового Випадку "Смерть"**
- Особі, що подає заяву про настання Страхового Випадку за цією Програмою, зобов'язано повідомити Страховика в письмовій формі про смерть Страховальника із подальшим наданням всіх необхідних документів, перерахованих в пункті 15.1 Правил.
- 5. Повідомлення про настання Страхового Випадку "Непрацездатність"**
- 5.1. Для ухвалення рішення за заявою про настання Страхового Випадку за цією Програмою Страховальник зобов'язаний у 30-денний термін поінформувати Страховика про настання непрацездатності у письмовій формі будь-яким способом, який дозволить Страховику зареєструвати таке повідомлення, із подальшим наданням всіх необхідних документів, перерахованих в пункті 15.1 Правил залежно від причини настання непрацездатності.
- 5.2. Визначені документи надаються протягом періоду тривання Непрацездатності Страховальника.
- 5.3. Незалежно від умов пункту 5.1 або 5.2 цієї Програми має бути надано Страховику право скасувати своє зобов'язання щодо звільнення від сплати Страхових Премій.
- 5.4. Звільнення від зобов'язання сплати Страхових Премій набирає чинності якщо інше не зазначено в Договорі Страхування після отримання Страховиком повного підтвердження Непрацездатності Страховальника відповідно до вимог пункту 2 цієї Програми.
- 6. Права Страховика у випадку Непрацездатності Страховальника**
- Страховик має право проводити обстеження Страховальника з метою визначення його Постійної та Повної Непрацездатності відповідно до умов цієї Програми. Звільнення від зобов'язання сплати Страхової Премії згідно з цією Програмою залежить від результатів медичного обстеження у тих випадках, коли таке право використовується Страховиком. Медичне обстеження здійснюється за рахунок Страховика, якщо Договором Страхування не передбачено інше.
- 7. Підтвердження тривалості Непрацездатності**
- 7.1. Незважаючи на те, що підтвердження Непрацездатності може бути прийняте Страховиком як достатнє та переконливе, Страховальник повинен надавати Страховику на його вимогу через розумно необхідні проміжки часу відповідні підтвердження про характер тривалості такої Непрацездатності, що продовжувалась безперервно протягом двох повних років. Страховик вимагатиме отримання зазначеного підтвердження не частіше ніж один раз на рік.
- 7.2. Якщо Страховальник не надає таке підтвердження або з'ясується, що він відновив здатність здійснювати будь-яку трудову чи професійну діяльність, а також виконувати будь-яку розумову або фізичну працю за плату чи заради отримання прибутку, то повна сума всіх Страхових Премій, що підлягає сплаті після такого ненадання або з'ясування, має сплачуватися Страховальником згідно з умовами Договору Страхування та цієї Програми.
- 8. Початок дії Програми**
- 8.1. Датою початку дії цієї Програми є дата початку дії Програми страхування основних ризиків за Договором Страхування, якщо тільки ця Програма не було включено в Договір Страхування та введено в дію пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування.
- 8.2. На дату початку дії цієї Програми:
- 8.2.1. вік Страховальника має бути не більше 55 (п'ятдесяти п'яти) років; та
- 8.2.2. вік Застрахованої Особи має бути не більше 21 (двадцяти одного) року.

- 9. Припинення дії Програми**
- 9.1. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення.
- 9.2. Додатково до статті 18 Правил Страхування дія цієї Програми припиняється у таких випадках:
- 9.2.1. якщо чергова Страхова Премія за Договором Страхування не сплачена після настання терміну її сплати протягом Пільгового Періоду, встановленого в Правилах Страхування; або
- 9.2.2. у випадку відмови від Договору Страхування або набуття Договором Страхування статусу повністю Сплаченого Договору Страхування, як передбачено відповідною статтею Правил Страхування; або припинення його дії на інших підставах; або
- 9.2.3. в дату закінчення дії страхування за цією Програмою, визначеною в Договорі Страхування; або
- 9.2.4. якщо Страховальник вступив до військових наземних, морських чи повітряних сил будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або
- 9.2.5. якщо Страховальник став членом будь-яких допоміжних або цивільних невійськових гідрозділів, що допомагають військовим наземним, морським чи повітряним силам будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або
- 9.2.6. у першу з таких дат незалежно від того, чи продовжує діяти Договір Страхування:
- у чергову річницю дії цієї Програми після 60-го дня народження Страховальника з урахуванням положень пункту 3.5 цієї Програми, або
 - у чергову річницю дії цієї Програми після 21-го дня народження Застрахованої Особи .
- 9.3. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняється, за винятком зобов'язання повернення Страховальнику, відповідно до чинного законодавства України, незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення цієї Програми. Незароблена частина Страхової Премії – це частина додаткової Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення дії Програми та закінчується датою терміну сплати наступної Страхової Премії.
- 10. Сплата Страхових Премій у випадку Непрацездатності**
- 10.1. Щодо цієї Програми застосовуються відповідні положення Правил страхування щодо сплати Страхових Премій. Додатковою умовою, однак, є те, що Страховальник не має права змінювати графік сплати Страхових Премій протягом тривання Непрацездатності.
- 10.2. Збільшення Страховиком від зобов'язання сплати Страхових Премій набирає чинності, починаючи з чергової належної дати сплати Страхової Премії, яка настане після смерті або підтвердження Непрацездатності відповідно до вимог пункту 2 цієї Програми. Страховальник зобов'язаний сплачувати Страхові Премії, передбачені Договором Страхування, належні дати сплати яких настали до дати затвердження факту Непрацездатності Страховиком. Після затвердження Страховиком факту Непрацездатності Страховальника відповідно до вимог пункту 2 цієї Програми Страховик поверне всі Страхові Премії, сплачені Страховальником в період з дати настання Непрацездатності до дати її затвердження Страховиком.
- 11. Страхові Виплати за Договором Страхування**
- 11.1. Сума Страхових Виплат згідно з Договором Страхування не зменшується пропорційно сумі Страхових Премій, від сплати яких Страховальник був звільнений згідно з цією Програмою.
- 11.2. Будь-яка сума Негарантованого бонусу, а також будь-яка Виплата Сума відповідно до Договору Страхування розраховуються так, якби Страхові Премії були сплачені Страховальником.
- 12. Помилкова інформація**
- До цієї Програми застосовуються положення статті 16 Правил страхування. Додатково встановлюється, що у випадку неправильного зазначення реального віку Застрахованої Особи та/або Страховальника, незалежно або невідносно, в момент подання Заяви на страхування, Програма є недійсною, якщо реальний вік Застрахованої Особи був більшим за 21 рік та/або реальний вік Страховальника був більшим за 55 років, та будь-яку додаткову Страхову Премію, сплачену за цією Програмою, має бути повернено Страховальнику за винятком будь-яких сум, належних до сплати Страховиком.
- 13. Ця Програма як частина Договору Страхування**
- 13.1. До цієї Програми не застосовуються положення Правил добровільного страхування життя щодо:
- 13.1.1. Одрозрахової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
- 13.1.2. Набуття Страховальником статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
- 13.1.3. Дотрочкового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страховальника (стаття 14 Правил);
- 13.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил).
- 13.2. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25) до цієї Програми не застосовуються.
- 13.3. Після настання Страхового Випадку згідно з цією Програмою Страховик має право відомитися вносити будь-які зміни до Договору Страхування.

W

Програма страхування додаткових ризиків Страхування на випадок постійної та повної непрацездатності Страховальника (звільнення Страховальника від сплати Страхових Премій на час непрацездатності ("Програма"))

Додаток 1-12

- 1. Предмет страхування**
- 1.1. Положення цієї Програми складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включено таку Програму, та набирають чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми зазначені у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування.
- 1.2. Згідно з цією Програмою здійснюється страхування додаткових ризиків Страховальника, прізвище, ім'я та по батькові якого вказуються в Страховому Полісі, на письмову вимогу Страховальника, здійснену в момент подання Заяви на Страхування або пізніше у відповідному Додатку до Договору Страхування протягом строку дії Договору Страхування.
- 1.3. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії. Розмір Страхової Премії вказується у Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування.
- 1.4. Страховик зобов'язується звільнити Страховальника від зобов'язання сплати Страхової Премії за Договором Страхування після отримання Страховиком письмового підтвердження Постійної та Повної Непрацездатності Страховальника, як цей термін визначено далі у пункті 2 цієї Програми. Страховальник буде звільнений від зобов'язання сплати Страхової Премії протягом періоду тривання такої Непрацездатності, починаючи з чергової Страхової Премії, термін сплати якої настане після дати початку такої Непрацездатності, і закінчуючи такою одержаною припинення такої Непрацездатності або датою закінчення дії Договору Страхування. Однак, Страховальник не може бути звільнений від зобов'язання сплати Страхових Премій, термін сплати яких настав раніше, ніж за 180 (сто вісімдесять) днів до дати отримання Страховиком письмового повідомлення про настання випадку, що має ознаки страхового за цією Програмою.
- 2. Визначення Постійної та Повної Непрацездатності**
- 2.1. Постійною та Повною Непрацездатністю (далі за текстом також "Непрацездатність") згідно з цією Програмою є Непрацездатність, яка виникла внаслідок тілесних ушкоджень або хвороби іякщо повністю та остаточно перешкоджає Страховальнику займатися будь-якою професійною чи трудовою діяльністю, а також виконувати будь-яку розумову або фізичну працю за винагороду або заради отримання прибутку, за умови що Постійна та Повна Непрацездатність:
- 2.1.1. виникла внаслідок тілесних ушкоджень або хвороби протягом 180 (ста вісімдесяти) днів після дати настання Нещасного випадку або діагностування хвороби; та
- 2.1.2. безперервно триває протягом щонайменше 180 (ста вісімдесяти) днів. Непрацездатність протягом такого строку вважається Постійною та Повною тільки для цієї визначення початку відновлення зобов'язань Страховика щодо звільнення від сплати наступних Страхових Премій за Договором Страхування згідно з умовами цієї Програми.
- 2.2. Незалежно від положень пункту 2.1 Програми, Страховик визнає як Постійну та Повну Непрацездатність таку непрацездатність, яка виникла внаслідок перерахованих нижче випадків:
- а) повної та невідновної втрати зору на обидва око; або
 - б) повної та невідновної втрати через відчуження:
 - обох рук вище зап'ясть; або
 - обох стоп вище гомілковостопного суглоба; або
 - однієї руки вище зап'ясть та однієї стопи вище гомілковостопного суглоба.
- 3. Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування на випадок Непрацездатності Страховальника**
- Страховик звільнить Страховальника від зобов'язання сплати Страхової Премії, за умови що:
- 3.1. Така Непрацездатність не є наслідком:
- 3.1.1. будь-яких обставин, зазначених у статті 4 Правил страхування;
- 3.1.2. додатково до пункту 3.1.1 цієї Програми, Страховик не визнає Страховими Випадками випадки, причиною яких є професійна діяльність Страховальника, в тому числі за таким фактом:
- особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
 - каскадери;
 - військові репортери та репортери, редактори, журналісти, фотографі, оператори, перекладачі (що працюють у політично нестабільних зонах та зонах бойових дій);
 - військовослужбовці збройних сил, незалежно від військової спеціальності, роду військ, військового звання та форми проходження військової служби;
 - службовці МВС;
 - парашутисти;
 - члени інформаційної служби;
 - охоронці, незалежно від того, озброєні чи ні;
 - робітники, що працюють із використанням гірського спорядження (на висоті вище трьох поверхів), робота на щоглах та на опорних щоглах високовольтних ліній електропередачі;
 - аварійно-рятувальні служби у високогірних районах (з використанням вертольотів, альпіністи);
 - водолази, працівники, чия діяльність пов'язана із підводним занурюванням;
 - члени гірської рятувальної служби;
 - гірські провідники;
 - працівники рятувальних служб, підпорядкованих відповідним органам державної влади (МНС або аналогічні), що безпосередньо виконують рятувальні роботи на місці подій у випадку виникнення надзвичайних ситуацій, катастроф природного або техногенного характеру тощо або роботи з протидією таким явищам та їхнім негативним наслідкам;
 - пожежники;
 - шахтарі в заборі;
 - працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
 - персонал, що обслуговує техніку та залізничне полотно;
 - професійні спортсмени та тренери;
 - циркові артисти (акробати, дресировальники);
- 3.1.3. Тілесних ушкоджень або хвороби, навмисно завданих самому собі, у здоровому глузді або в стані психічного розладу;
- 3.1.4. Тілесних ушкоджень, навмисно нанесених Страховальнику будь-якою особою або особами за згодою Страховальника, незалежно від психічного стану Страховальника;

- 3.1.5. Будь-якого захворювання, хвороби або стану Страховальника до Дати початку дії Програми;
- 3.1.6. Тілесних ушкоджень, отриманих:
- 3.1.6.1. внаслідок заняття Страховальника спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняття Страховальника спортом на любительському рівні; автотранспортним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким кінним спортом, повітряним спортом, альпінізмом, бойовими видами мистецтва, дайвінгом (глибше, ніж на 40 м), стрільбою;
- 3.1.6.2. внаслідок подорожування або польоту на повітряному судні, будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажирів на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;
- 3.1.6.3. внаслідок перебування на човні будь-якого типу;
- 3.1.6.4. внаслідок тренування або пілотажу або перебування в якості пасажирів на планері або планері, який підлягає вручну, у випадку стрибка з парашутом Страховальника;
- 3.1.6.5. внаслідок безпосередньої участі у військових маневрах, навчаннях, виробовуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військослужбовця або цивільного працівника;
- 3.1.6.6. прямо або опосередковано, повністю або частково, внаслідок отруєння будь-якими отруйними речовинами, газами, вишкочливими газами, незалежно від того, було таке отруєння наслідком аварії, та незалежно від того, було таке отруєння спричинено прийняттям віприскуваного, поглинанням чи вдиханням або потраплянням отруйних речовин до організму іншим шляхом, окрім вилітального отруєння будь-яким газом під час пожежі;
- 3.1.6.7. внаслідок будь-яких методів або способів лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних відмишень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;
- 3.1.6.8. прямо чи опосередковано, повністю або частково внаслідок будь-якого інфекційного бактеріального зараження, за винятком інфекційного зараження внаслідок порізу або поранення, що сталося внаслідок:
- 3.1.6.9. внаслідок проходження будь-яких експериментальних, дослідних та діагностичних процедур;
- 3.1.6.10. внаслідок лікування у фахівця з мануальної терапії, остеопата або інших фахівців, які займаються нетрадиційним (альтернативним) лікуванням;
- 3.1.6.11. внаслідок вакцинації та наслідків вакцинації;
- 3.1.6.12. внаслідок Нещасного випадку в результаті керування Страховальником мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажирів на такому транспортному засобі, окрім випадків, коли використання такого транспортного засобу пов'язане з виконанням Страховальником службових обов'язків, з урахуванням пункту 3.1.2 цієї Програми;
- 3.1.6.13. внаслідок Нещасного випадку, та якщо причинили шкоду, лямбо або запалення сідничного нерва.
- 3.2. Непрацездатність настала внаслідок тілесних ушкоджень або хвороби, що мали місце протягом періоду дії цієї Програми, та всі належні Страхові Премії були сплачені відповідно до умов Договору Страховання.
- 3.3. Непрацездатність виникла до дати чергової річної дії Програми після 60-го дня народження Страховальника.
- 3.4. Однак, у будь-якому випадку звільнення від зобов'язання сплати Страхових Премій зберігається чинність до першої з таких дат:
- 1) до дати закінчення дії Договору Страховання;
 - 2) до дати чергової дії Договору Страховання після 65-го дня народження Страховальника;
 - 3) до дати одужання Страховальника та припинення Непрацездатності (відновлення здатності Страховальника працювати або займатися будь-якою професійною чи трудовою діяльністю, пов'язаною з отриманням доходу).
- 4. Повідомлення про настання Страхового Випадку**
- 4.1. Для ухвалення рішення за заявою про настання Страхового Випадку за цією Програмою Страховальник зобов'язаний у 30-денний термін поінформувати Страховика про настання Непрацездатності у письмовій формі будь-яким способом, який дозволить Страховику зареєструвати таке повідомлення, із подальшим наданням всіх необхідних документів, перерахованих у пункті 15.1 Правил залежно від причини настання Непрацездатності.
- 4.2. Вищезазначені документи надаються:
- 4.2.1. протягом життя Страховальника; та
- 4.2.2. протягом тривання Непрацездатності Страховальника.
- 4.3. Невиконання умов пунктів 4.1 і 4.2 цієї Програми дає Страховику право відмовити Страховальнику у звільненні від сплати наступних Страхових Премій за Договором Страховання з умови цієї Програми.
- 4.4. Звільнення від зобов'язання сплати Страхових Премій набирає чинності (якщо інше не зазначено в Договорі Страховання) після отримання Страховиком повного підтвердження Непрацездатності Страховальника відповідно до вимог пункту 2 цієї Програми.
- 5. Права Страховика у випадку Непрацездатності Страховальника**
- Страховик має право проводити обстеження Страховальника з метою визначення його Постійної та Повної Непрацездатності, відповідно до умов цієї Програми. Звільнення від зобов'язання сплати Страхових Премій згідно з цією Програмою залежить від результатів медичного обстеження у тих випадках, коли таке право використовується Страховиком. Медичне обстеження здійснюється за рахунок Страховика, якщо Договором Страховання не передбачено інше.
- 6. Підтвердження тривалості Непрацездатності**
- 6.1. Незважаючи на те, що підтвердження Непрацездатності може бути прийняте Страховиком як достатнє та переконливе, Страховальник повинен надавати Страховику на його вимогу через розумно необхідні проміжки часу відповідні підтвердження про характер тривалості отримання такої Непрацездатності, якщо Непрацездатність продовжується безперервно протягом двох повних років. Страховик витратить отримання зазначеного підтвердження не частіше ніж один раз на рік.
- 6.2. Якщо Страховальник не надає таке підтвердження або з'ясується, що він відмовився здатися здійснювати будь-яку трудову чи професійну діяльність, а також виконувати будь-яку розумову або фізичну працю за плату чи заради отримання прибутку, то повна сума всіх Страхових Премій, що підлягають сплаті після такого ненадання або з'ясування, не сплачується Страховальником згідно з умовами Договору Страховання та цієї Програми.
- 7. Початок дії Програми**
- Датою початку дії цієї Програми є дата початку дії Програми страхування основних ризиків за Договором Страховання, якщо тільки ця Програму не було включено до Договору Страховання та введено в дію пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страховання.
- 8. Припинення дії Програми**
- 8.1. Будь-яка зі Сторін має право припинити цю дію Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення.
- 8.2. Додатково до статті 18 Правил страхування дія цієї Програми припиняється:
- 8.2.1. Після дати закінчення дії цієї Програми, визначеної в Договорі Страховання; або
- 8.2.2. Якщо будь-яка Сторона Премія за Договором Страховання не сплачується після настання терміну її сплати або протягом Пільгового Періоду, встановленого у Правилах страхування або
- 8.2.3. Якщо має місце відмова від Договору Страховання або Договору Страховання набув статусу повністю Сплаченого Договору Страховання, як передбачено відповідною статтею Правил страхування, або його дію припинено на інших підставах; або
- 8.2.4. Якщо Страховальник вступив до військових наземних, морських чи повітряних сил будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або
- 8.2.5. Якщо Страховальник став членом будь-яких допоміжних або цивільних найвищоїх підрозділів, що допомагають військовим наземним, морським чи повітряним силам будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або
- 8.2.6. У чергову річницю дії Договору Страховання після 60-го дня народження Страховальника, незалежно від того, чи продовжує діяти Договір Страховання, з урахуванням пункту 3.4 цієї Програми.
- 8.3. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми дата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком зобов'язання повернення Страховальнику відповідно до чинного законодавства України, незаробленої частини додаткової Страхової Премії (яко така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настає після дати припинення цієї Програми. Незароблена частина Страхової Премії є частиною додаткової Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.
- 9. Сплата Страхових Премій**
- 9.1. Щодо цієї Програми застосовуються відповідні положення Правил Страховання щодо сплати Страхових Премій. Додатковою умовою, однак, є те, що Страховальник не має права змінювати графік сплати Страхових Премій протягом тривання Непрацездатності.
- 9.2. Звільнення Страховика від зобов'язання сплати Страхових Премій набирає чинності, починаючи з належної дати сплати Страхової Премії, яка настає після початку Непрацездатності, за умови підтвердження Непрацездатності відповідно до вимог пункту 2 цієї Програми. Страховальник зобов'язаний сплачувати Страхові Премії, передбачені Договором Страховання, належні дати сплати яких настають до дати затвердження факту Непрацездатності Страховиком. Після підтвердження Страховиком факту Непрацездатності Страховальника відповідно до вимог пункту 2 цієї Програми Страховик поверне всі Страхові Премії, сплачені Страховальником в період за настання Непрацездатності до дати її затвердження Страховиком.
- 10. Страхові Виплати за Договором Страховання**
- 10.1. Сума Страхових Виплат згідно з Договором Страховання не зменшується пропорційно сумі Страхових Премій, від сплати яких Страховальник був звільнений згідно з цією Програмою.
- 10.2. Будь-яка сума Негарантованого бонусу, а також будь-яка Виплата Сума відповідно до Договору Страховання розраховуються так, якби Страхові Премії були сплачені Страховальником.
- 11. Помилкова інформація**
- До цієї Програми застосовуються положення статті 16 Правил страхування, із додатковим положенням, що у випадку неправильного зазначення реального віку Страховальника, навислого або неманючого, на момент подання Заяви на Страховання, Премія є недійсною, якщо реальний вік Страховальника був більшим 55 років, та будь-яку додаткову Страхову Премію, сплачену за цією Програмою, має бути повернено Страховальнику за винятком будь-яких сум, належних до сплати Страховику.
- 12. Ця Програма як частина Договору Страховання**
- 12.1. До цієї Програми не застосовуються положення Правил Страховання стосовно:
- 12.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
- 12.1.2. Набуття Договором Страховання статусу Сплаченого Договору Страховання (пункт 6.6 Правил);
- 12.1.3. Дотривання припинення дії Договору Страховання з ініціативи Страховальника (стаття 14 Правил);
- 12.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил).
- 12.2. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25) до цієї Програми не застосовуються.
- 12.3. Після настання Страхового Випадку згідно з цією Програмою Страховик має право відмовитися вносити будь-які зміни до Договору Страховання.

ВІ

**Програма страхування додаткових ризиків
Страховання на випадок тілесних ушкоджень внаслідок Нещасного випадку
("Програма")**

Додаток 1-13

- 1. Предмет страхування**
- Положення цієї Програми складають невід'ємну частину Договору Страховання, до якого включено таку Програму, та набирають чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми зазначені у Страховій Полісі або в Додатку до Договору Страховання.
- 1.2. Згідно з цією Програмою Застрахованою Особою є фізична особа, прізвище, ім'я та по батькові якої зазначаються у Страховій Полісі або в Додатку до Договору Страховання

- на письмову Виписку Страхувальника, що здійснена в момент подання Заяви про Страхування або пізніше протягом дії Договору Страхування.
- 1.3. Для вважання в даній цій Програмі винагається сплата додаткової Страхової Премії. Розмір Страхової Премії зазначається у Страховому Полісі або у Договорі Страхування.
- 1.4. У разі настання Страхового Випадку Страховик здійснює Страхову Виплату за цією Програмою на користь Застрахованої Особи, якщо інше не передбачено Договором Страхування.
- 1.5. Будь-які Страхові Виплати за цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат згідно з Договором Страхування.
- 2. Визначення**
В цій Програмі наведені нижче термини матимуть таке значення:
- 2.1. Нещасний випадок - випадкова, зовнішня, несприятлива, раптова, незалежна від Застрахованої Особи та інших обставин подія, спричинена зовнішніми факторами (механічними, тепловими, хімічними, електричними, радіоактивними тощо), що мала місце протягом строку дії Договору Страхування та спричинила тілесні ушкодження, яке визначено цією Програмою. Усі інші події не вважатимуться Нещасним випадком згідно з умовами цієї Програми.
- 2.2. Травма - будь-яке погіршення стану здоров'я Застрахованої Особи, спричинене Нещасним випадком незалежно від того, чи призвело це до неприцездатності Застрахованої Особи.
- 2.3. Тілесне ушкодження - (травма), або будь-які наслідки травми, що одержала Застрахована Особа, які зазначені в Таблиці визначення розміру Страхових Виплат для тілесних ушкоджень та доповнення до неї (пункт 4 цієї Програми).
- 3. Страховий Випадок та Страхова Виплата**
3.1. Страховим Випадком за цією Програмою є розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, спричинений тілесним ушкодженням.
3.2. В разі настання Страхового Випадку Страховик здійснить Страхову Виплату у розмірі частини Страхової Суми, встановленої для відповідного тілесного ушкодження в Таблиці визначення розміру Страхових Виплат для тілесних ушкоджень.
3.3. Загальна сума Страхових Виплат, яка сплачується щодо двох і більше тілесних ушкоджень внаслідок одного Нещасного випадку, розраховується шляхом додавання різних сум для кожного з таких ушкоджень, але загальний розмір не повинен перевищувати Страхової Суми для Страхових Випадків згідно з цією Програмою, зазначеною у Страховому Полісі або у Договорі Страхування.
3.4. Розмір Страхової Виплати на випадок тілесного ушкодження, яке є Страховим Випадком за цією Програмою, але не наведене у Таблиці визначення розміру Страхових Виплат для тілесних ушкоджень, розраховується відповідно до його тяжкості у порівнянні з тими випадками, що зазначені в Таблиці визначення розміру Страхових Виплат для тілесних ушкоджень, при цьому не береться до уваги професія чи місце роботи Застрахованої Особи.
- 4. Таблиці визначення розміру Страхових Виплат для тілесних ушкоджень**
4.1. Таблиця загальних ушкоджень:

Стаття №	ХАРАКТЕР УШКОДЖЕННЯ	Розмір Страхової Виплати (% від Страхової Суми)
КІСТКИ ЧЕРЕПА, НЕРВОВА СИСТЕМА		
1	Перелом кісток черепа: зовнішньої пластинки кісток склепіння а) склепіння б) основи в) склепіння та основи Примітка: У разі відкритого перелому кісток черепа додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5% Страхової Суми	5% 15% 20% 25%
2	Внутрішньочерепні травматичні гематоми: а) епідуральна б) субдуральна, внутрішньомозкова в) епідуральна та субдуральна (внутрішньомозкова)	15% 20% 25%
3	Травма головного мозку: а) Струс головного мозку (у разі стаціонарного лікування від 3 до 13 днів) б) Струс головного мозку (у разі стаціонарного лікування понад 14 днів) в) Струс головного мозку, субарahnoidalний крововилив г) Залишкові чужорідні тіла в порожнині черепа (за винятком швів та пластикових елементів) р) Розширення (або розчавлення) речовини головного мозку (без зазначення симптомів і ознак) Примітка:	3% 5% 10% 15% 50%
4	У разі ушкоджень, зазначених в різних статтях, страхова сума виплачується з урахуванням кожного з них шляхом додавання. Ушкодження нервової системи (травматичне, токсичне, гіпоксичне), що спричинило: а) астенічний синдром, дистонію, енцефалопатію у дітей у віці до 16 років б) арахноїдит, енцефаліт (захворювання), арахноенцефаліт в) епілепсію г) верхній або нижній монопарез (парез однієї верхньої або нижньої кінцівки) д) гемі- або парапарез (парез обох верхніх або обох нижніх кінцівок, парез прaviх або лiвix кінцівок), амнезію (втрату пам'яті) е) тетрапарез (парез верхніх та нижніх кінцівок), порушення координації рухів, слабоумство (деменція) є) гемі-, пара- або тетрапарез, афазію (втрату мовлення), декорікацію, порушення функцій тазових органів. Примітка:	5% 10% 15% 30% 40% 60% 70% 100%
5	1. Страхова Виплата, що здійснюється у зв'язку з наслідками ушкодження нервової системи, перерахованими в ст.4, здійснюється у розмірі, передбаченому для найтяжчого з таких наслідків, у тому випадку, якщо їх встановлено лікувально-профілактичним закладом не раніше, ніж після закінчення тримісячного періоду з дати отримання травми та підтвержено медичною документацією такого закладу. При цьому Страхова Виплата здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої внаслідок настання Страхового Випадку, що призвело до ураження нервової системи. Загальна сума виплат не може перевищувати 100 %. 2. У випадку, якщо Застрахованою Особою надано довідки про лікування з приводу травми та її ускладнень, сума Страхової Виплати за статтями 1, 2, 3, 5, 6 та ст.4 визначається шляхом додавання. 3. У разі зниження гостроти зору або зниження слуху в результаті черепно-мозкової травми Страхова Виплата здійснюється у сумі, розрахованій з урахуванням такої травми та зазначених у відповідних статтях шляхом додавання.	10%
6	Периферичне ушкодження одного або декількох черепно-мозкових нервів. Примітка: Якщо ушкодження черепно-мозкових нервів настало через перелом основи черепа, Страхова Виплата здійснюється за ст.1; ст.5 у такому випадку не застосовується.	
7	Травма спинного мозку на будь-якому рівні, кіньського хвоста, поліомієліт (захворювання), без зазначення симптомів: а) забиття б) здавлення, гематомієліт, поліомієліт в) частковий розрив г) повний розрив спинного мозку Примітка:	10% 30% 50% 100%
8	1. У тому числі, якщо Страхову Виплату було здійснено за ст.6 (а, б, в), а в подальшому виникли ускладнення, що перераховані у ст.4, підтвержені довідкою лікувально-профілактичного закладу, Страхова Виплата за ст.4 здійснюється додатково до здійсненої раніше. 2. Якщо у зв'язку з травмою хребта та спинного мозку проводились оперативні втручання, додатково одноразово здійснюється Виплата у розмірі 15 % Страхової суми.	
9	Травматичні неврити на одній кінцівці (за виключенням неврити пальцевих нервів)	5%
10	Ушкодження (розрив, поранення) шийного, плечового, поперекового, крижового сплетінь: а) травматичний плексит б) частковий розрив сплетіння в) розрив сплетіння Примітка:	10% 40% 70%
11	1. Ст. 7 та 8 одночасно не застосовуються. 2. Невралгія, невротатія, що виникли у зв'язку з травмою, не є підставою для здійснення Страхової Виплати.	
12	Розрив нервів: а) гілок променевого, ліктового, середнього (пальцевих нервів) на кисті б) одного: променевого, ліктового або середнього на рівні променево-зап'ясткового суглоба та передпліччя; маломілкового або великомілкового нервів в) двох та більше: променевого, ліктового або середнього на рівні променево-зап'ясткового суглоба та передпліччя; маломілкового або великомілкового нервів	5% 10% 20%

Стаття №	ХАРАКТЕР УШКОДЖЕННЯ	Розмір Страхової Виплати (% від Страхової Суми)
	г) одного: пахового, променевого, літкового або середнього – на рівні літкового суглоба та плеча, сідничного або кульшового (затупленого)	25%
	г) двох та більше: пахового, променевого, літкового або середнього – на рівні літкового суглоба та плеча, сідничного або кульшового (затупленого)	40%
	Примітка. Ушкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи та кисті не є підставою для здійснення Страхової Виплати.	
ОРГАНИ ЗОРУ		
10	Параліч акомодаші одного ока	15%
11	Геміанопсія (випадіння половини поля зору одного ока)	15%
12	Звуження поля зору одного ока: а) неконцентричне б) концентричне	10% 15%
13	Екзофтальм що пульсує, одного ока	20%
14	Поранення очного яблука з проникненням, хориоретиніт, іридоцикліт, заворот повіка, дефект райдувної оболонки, зміна форми зіниці, рубці оболонок очного яблука	10%
15	Ушкодження слъзопровідних шляхів одного ока	10%
16	Опіки II, III ступеня, поранення очного яблука, що не проникає, гемофтальм, зміщення кришталіка, не видалені сторонні тіла в очному яблуці та тканинах очної западини, кон'юнктивіт, кератит	5%
17	Ушкодження ока (очей), що спричинило повну втрату зору єдиного ока або обох очей, що мали гостроту зору не нижче 0,01	100%
18	Видалення внаслідок травми очного яблука сліпого ока	10%
19	Перелом орбіти	50%
20	Зниження гостроти зору, 3 ступеня: а) слабкий ступінь (гострота зору від -0,5 до -3) б) середній ступінь (від -3,25 до -6) в) сильний ступінь (від -6,25 і більше)	5% 15% 50%
	Примітка: 1. Рішення про здійснення Страхової Виплати у зв'язку зі зниженням гостроти зору та іншими наслідками внаслідок травми ухвалюється після закінчення лікування, але не раніше, ніж після закінчення тримісячного періоду з дати отримання травми. Після закінчення цього терміну Застрахована Особа звертається до лікаря-окуліста для визначення гостроти зору обох очей (без урахування корекції) та інших наслідків перенесеного ушкодження. У таких випадках Страхову Виплату з урахування факту ушкодження за ст.14, 15, 19 може бути здійснено попередньо, без застосування тримісячного періоду. 2. Якщо відомості про гостроту зору ушкодженого ока до травми відсутні, то умовно слід вважати, що вона була такою самою, як і неушкодженого. Однак, якщо гострота зору неушкодженого ока виявиться нижче, ніж ушкодженого, умовно слід вважати, що гострота зору ушкодженого ока дорівнювала 1,0. 3. Якщо в результаті травми було ушкоджено обидва ока, та відомості щодо гостроти їх зору до травми відсутні, слід умовно вважати, що їх гострота зору становила 1,0. 4. У тому випадку, якщо у зв'язку з посттравматичним зниженням гостроти зору було імплантовано штучний кришталік або застосовано коригувальну лінзу, сума Страхової Виплати розраховується з урахуванням гостроти зору до операції.	
ОРГАНИ СЛУХУ		
21	Травма вушної раковини, що спричинила: а) втрату менше 1/3 частини вушної раковини б) втрату 1/2 частини вушної раковини в) повну втрату вушної раковини	5% 15% 30%
22	Травма одного вуха, що спричинила зниження слуху: а) шепітна мова на відстані від 1 до 3 м б) шепітна мова - до 1 м в) повна глухота (розмовна мова - 0)	5% 15% 25%
23	Розрив однієї барабанної перетинки, що стався в результаті травми та не спричинив зниження слуху. Примітка. Розрив барабанної перетинки внаслідок перелому основи черепа не покривається.	5%
24	Травма одного вуха, що спричинила посттравматичний отит: а) гострий гнійний б) хронічний	3% 5%
	Примітка: Страхова Виплата за ст.24 (б) здійснюється додатково у тому випадку, якщо таке ускладнення травми буде встановлено ЛОР-спеціалістом після закінчення тримісячного періоду після отримання травми. До закінчення цього терміну сума Страхової Виплати розраховується за відповідною статтею з урахуванням факту травми.	
СИСТЕМА ДИХАННЯ		
25	Перелом, вивих кісток, хрища носа, передньої стінки лобної, гайморової пазухи, решітчастої кістки	5%
	Примітка: Якщо в зв'язку з переломом, вивихом кісток, хрища носа настане їх деформація, і це буде підтверджено довідкою лікувально-профілактичного закладу та результатами засвідчення, сума Страхової Виплати розраховуватиметься згідно зі ст.25 та 58 (якщо є підстави для застосування цієї статті) шляхом додавання.	
26	Травма легень, підшкірна емфізема, гемоторакс, пневмоторакс, пневмонія, ексудативний плеврит, стороннє тіло (тіла) грудної порожнини: а) з одного боку б) з двох боків	5% 10%
	Примітка: 1. Пневмонія, що розвинулася в період лікування травми або після оперативного втручання, що мало місце з приводу травми (за виключенням ушкодження грудної клітки та органів грудної порожнини) не є підставою для здійснення Страхової Виплати 2. Якщо перелом ребер, груднини спричинили ускладнення, передбачені ст.26, Страхову Виплату за цією статтею буде здійснено додатково до Страхової Виплати за ст.28, 29.	
27	Травма грудної клітки та її органів, що спричинило: а) легенеvu недостатність (після закінчення тримісячного терміну з дати отримання травми) б) видалення долі, частини легені в) видалення однієї легені	10% 40% 60%
	Примітка: У разі здійснення Страхової Виплати за ст.27 (б, в) ст.27 (а) не застосовується.	
28	Перелом груднини	10%
29	Перелом ребра, за кожне	3%
	Примітка: 1. У разі перелому ребер під час реанімаційних заходів Страхова Виплата здійснюється на загальних підставах. 2. Перелом хрищової частини ребра є підставою для здійснення Страхової Виплати. 3. Якщо у довідках, отриманих з різних лікувально-профілактичних закладів, буде зазначено різну кількість ушкоджених ребер, сума Страхової Виплати розраховується з урахуванням більшої кількості ушкоджених ребер.	
30	Травма грудної клітки з проникненням, торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, проведені у зв'язку з травмою: а) торакоскопія, торакоцентез, травма з проникненням без ушкодження органів грудної порожнини, що не потребувало проведення торакотомії б) за відсутності ушкодження органів грудної порожнини в) за ушкодження органів грудної порожнини г) повторні торакотомії (незалежно від їх кількості)	5% 10% 15% 10%
	Примітка: 1. Якщо у зв'язку з травмою грудної клітки та її органів було проведено видалення легені або її частини сума Страхової Виплати розраховується відповідно до ст.27; ст. 30 при цьому не застосовується; ст.30 та 26 одночасно не застосовуються. 2. Якщо у зв'язку з травмою грудної порожнини проводились торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, одночасно здійснюється Страхова Виплата, сума якої розраховується відповідно до найскладнішого втручання.	
31	Ушкодження гортані, трахеї, щитоподібного хрища, перелом під'язикової кістки, опік верхніх дихальних шляхів, що не спричинили порушення функцій.	5%

Стаття №	ХАРАКТЕР УШКОДЖЕННЯ	Розмір Страхової Виплати (% від Страхової Суми)
	Примітка: Якщо у зв'язку з травмою проводилась бронхоскопія, трахеостомія (трахеотомія), додатково здійснюється Страхова Виплата в розмірі 5 % Страхової Суми.	
32	Травма гортані, трахеї, під'язикової кістки, щитоподібного хряща, трахеостомія, проведена у зв'язку з травмою, що спричинили: а) осиплість або втрату голосу, носіння трахеостомійної трубки протягом не менше 3 місяців з дати отримання травми б) втрату голосу, носіння трахеостомійної трубки протягом не менше 6 місяців з дати отримання травми	10% 20%
	Примітка: Страхова Виплата згідно зі ст.32 здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв'язку з травмою згідно зі ст.31. У випадку, якщо Застрахована Особа у своїй заяві про здійснення Страхової Виплати зазначила, що травма спричинила порушення функції гортані або трахеї, необхідно отримати висновок спеціаліста після закінчення 3-місячного періоду після травми. До закінчення цього терміну Страхова Виплата здійснюється згідно зі ст. 31.	
СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА		
33	Травма серця, його оболонок та великих магістральних судин, що не спричинили серцево-судинну недостатність	25%
34	Травма серця, його оболонок та великих магістральних судин, що спричинили серцево-судинну недостатність: а) I ступеня б) II-III ступенів	10% 25%
	Примітка: Якщо у медичному висновку не зазначено ступінь серцево-судинної недостатності, то сума Страхової Виплати розраховується згідно зі ст. 34(а).	
35	Ушкодження великих периферійних судин (що не спричинило порушення кровообігу) на рівні: а) плеча, стегна б) передпліччя, гомілки	10% 5%
36	Ушкодження великих периферійних судин (що не спричинило порушення кровообігу) Примітка: 1. До великих магістральних судин слід відносити: Аорту, легеневу, безіменну, сонну артерії, внутрішні яремні вени, верхню та нижню порожнисті вени, ворітну вену, а також магістральні судини, що забезпечують кровообіг внутрішніх органів. До великих периферійних судин слід відносити: підключичні, пахові, плечові, ліктьові та променеві артерії, клубові, стегнові, підколінні, передні та задні великоомілкові артерії, підключичні, пахові, стегнові та підколінні вени. 2. Якщо Застрахована Особа в своїй заяві на здійснення Страхової Виплати зазначила, що травма спричинила порушення функції серцево-судинної системи, Застрахованій Особі необхідно отримати висновок спеціаліста з цього приводу (кардіолога). 3. Страхова Виплата за ст.34, 36 здійснюється додатково, якщо зазначені в цих статтях ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення 3-місячного терміну після травми та підтверджено медичною документацією цього закладу. До закінчення цього терміну Страхова Виплата здійснюється згідно зі ст.33, 35. 4. Якщо у зв'язку з ушкодженням великих судин проводились операції з метою відновлення судинного русла, додатково здійснюється Страхова Виплата у розмірі 5 % Страхової Суми.	20%
ОРГАНИ ТРАВЛЕННЯ		
37	Перелом верхньої щелепи, виличної кістки або нижньої щелепи, вивих щелепи: а) перелом однієї кістки, вивих щелепи б) перелом двох та більше кісток або подвійний перелом однієї кістки	5% 10%
	Примітка: 1. У разі перелому щелепи, що настав випадково під час стоматологічних маніпуляцій, Страхова Виплата здійснюється на загальних підставах. 2. Перелом альвеолярного відростка, що настав під час втрати зубів, не є підставою для здійснення Страхової Виплати. 3. Якщо у зв'язку з травмою щелеп, виличних кісток проводились оперативні втручання, додатково одноразово здійснюється Страхова Виплата у розмірі 5 % Страхової Суми.	
38	Звичайні вивих щелепи	10%
	Примітка: У разі звичайного вивиху нижньої щелепи Страхова Виплата здійснюється додатково до Страхової Виплати згідно зі ст. 37, якщо це ускладнення наставо в результаті травми, отриманої в період дії Договору Стракування, та протягом 3 років після такої травми. У разі рецидивів звичайного вивиху щелепи Страхова Виплата не здійснюється.	
39	Травма щелепи, що спричинила втрату: а) частини щелепи (за виключенням альвеолярного відростка) б) щелепи	40% 80%
	Примітка: 1. Сума Страхової Виплати на випадок втрати щелепи або її частини включає суму Страхової Виплати на випадок втрати зубів незалежно від їх кількості. 2. У випадках, коли травма щелепи супроводжувалась ушкодженнями інших органів ротової порожнини, відсоток Страхової Суми, належної до сплати визначається з урахуванням таких ушкоджень згідно з відповідними статтями шляхом додавання. 3. У разі здійснення Страхової Виплати згідно зі ст.39 додатковій Страховій Виплаті з приводу оперативного втручання не здійснюється.	
40	Травма язика, порожнини рота (поранення, опік, відмороження), що спричинила виникнення рубців (незалежно від їх розміру)	3%
41	Травма язика, що спричинила: а) відсутність кінчика язика б) відсутність дистальної третини язика в) відсутність язика на рівні середньої третини г) відсутність язика на рівні кореня або повна відсутність язика	10% 15% 30% 60%
42	Травма зубів, що спричинила: а) відлам коронки зуба, перелом зуба (коронки, шийки, кореня), вивих зуба Втрату: б) 1 зуба в) 2-3 зубів г) 4-6 зубів д) 7-9 зубів е) 10-11 більше зубів	3% 5% 10% 15% 20% 25%
	Примітка: 1. У разі перелому або втрати через травму зубів з незйомними протезами сума Страхової Виплати розраховується з урахуванням втрати тільки опорних зубів. У разі пошкодження в результаті травми зйомних протезів Страхова Виплата не здійснюється. 2. У разі втрати або перелому молочних зубів у дітей до 5 років Страхова Виплата здійснюється на загальних підставах. 3. У разі втрати зубів та перелому щелепи сума Страхової Виплати розраховується згідно зі ст.37 та 42 шляхом додавання. 4. Якщо у зв'язку з травмою зубу було здійснено Страхову Виплату згідно зі ст.42 (а), а в подальшому цей зуб було видалено, з суми Страхової Виплати, належної до сплати у зв'язку з видаленням зуба, буде вираховано суму вже здійсненої страхової виплати. 5. Якщо видалення у зв'язку з травмою зубу було імплантовано, Страхова Сума сплачується на загальних підставах згідно зі ст.42. У разі видалення цього зуба Страхова Виплата не здійснюється.	
43	Травма (поранення, розрив, опік) глотки, стравоходу, шлунка, кишечнику, а також езофагогастростомія, проведена у зв'язку з цими ушкодженнями або з метою видалення зонних тіл зі стравоходу, шлунка, що не спричинило функціональних порушень	5%
44	Травма (поранення, розрив, опік) стравоходу, що спричинила: а) звуження стравоходу б) непрохідність стравоходу (за наявності гастростомії), а також стан після пластики стравоходу	40% 100%
	Примітка: Відсоток Страхової Суми, належний до сплати згідно зі ст.44, визначається не раніше, ніж після закінчення періоду тривалістю 6 місяців з дати отримання травми. Раніше за цей термін Страхова Виплата здійснюється попередньо згідно зі ст.43, та сума такої Страхової Виплати вираховується з суми Страхової Виплати, сплаченої після ухвалення остаточного рішення.	
45	Травма (розрив, опік, поранення) органів травлення, випадкове гостре отруєння, що спричинила: а) холецистит, дуоденіт, гастрит, панкреатит, ентерит, коліт, проктит, паралпроктит б) рубцеве звуження (деформацію) шлунка, кишечнику, задньопрохідного отвору в) спайкову хворобу, стан після операції з приводу спайкової непрохідності г) кишкова нориця, кишково-півдова нориця, нориця підшлункової залози	5% 15% 25% 50%

Стаття №	ХАРАКТЕР УШКОДЖЕННЯ	Розмір Страхової Виплати (% від Страхової Суми)
	г) протиприродний задній прохід (колостома) Примітка: 1. У разі ускладнення травм, зазначених у підпунктах "а", "б", "в", Страхова Виплата здійснюється за умови, що всі ці ускладнення мають місце після закінчення періоду тривалістю 3 місяці з дати отримання травми, а зазначені у підпунктах "г" та "д" - після закінчення періоду тривалістю 6 місяців з дати отримання травми. Зазначені ускладнення травми визнаються виключно утому випадку, якщо їх підтверджено довідкою лікувально-профілактичного закладу. Раніше за ці терміни Страхова Виплата здійснюється згідно зі ст.43 та сума такої Страхової Виплати не вираховується з суми Страхової Виплати, сплачуваної після ухвалення остаточного рішення. 2. Якщо в результаті однієї травми виникнуть ускладнення, перераховані в одному підпункті, Страхова Виплата, розмір якої розраховується відповідно до такого підпункту, здійснюється одноразово. Однак, якщо виникли патологічні зміни, перераховані у різних підпунктах, сума Страхової Виплати розраховується з урахуванням кожної з таких змін шляхом додавання.	100%
46	Кила, що утворилася на місці пошкодження передньої черевної стінки, діафрагми або в області післяопераційного рубця, якщо операцію було проведено у зв'язку з травмою, або стан після операції з приводу такої кили. Примітка: 1. Страхова Виплата згідно зі ст.46 здійснюється додатково до Страхової Виплати, визначеної у зв'язку з травмою органів живота, якщо кила є прямим наслідком такої травми. 2. Кили живота (пулкови, білої лінії, пахові та пахово-каліткові), що виникли в результаті підймання ваги, не є підставою для здійснення Страхової Виплати.	10%
47	Травма печінки внаслідок травми або випадкового гострого отруєння, що спричинила: а) підкапсульний розрив печінки, що не потребував оперативного втручання, гепатит, сироватковий гепатит (захворювання і не є результатом травми), що розвивається безпосередньо у зв'язку з травмою, гепатоз (захворювання) б) печінкову недостатність (захворювання)	5% 10%
48	Травма печінки, жовчного міхура, що спричинила: а) ушивання розривів печінки або видалення жовчного міхура б) ушивання розривів печінки та видалення жовчного міхура в) видалення частини печінки г) видалення частини печінки та жовчного міхура	15% 20% 25% 35%
49	Травма селезінки, що спричинила: а) субкапсульний розрив селезінки, що не потребував оперативного втручання б) видалення селезінки	5% 30%
50	Травма шлунка, підшлункової залози, кишечнику, брижі, що спричинила: а) утворення хибної кисти підшлункової залози б) резекцію шлунка, кишечнику, підшлункової залози в) видалення шлунка	20% 30% 60%
51	Травма органів черевної порожнини, у зв'язку з якою проведено: а) лапароскопію (лапароцентез) б) лапаротомію у разі підозри на пошкодження органів черевної порожнини (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом) в) лапаротомію у разі ушкодження органів черевної порожнини (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом) г) повторні лапаротомії (незалежно від їх кількості) Примітка: 1. Якщо у зв'язку з травмою органів черевної порожнини є підстави для здійснення Страхової Виплати за ст.47-50, ст. 51 (крім підпункту "г") не застосовується. 2. Якщо внаслідок однієї травми будуть пошкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один або декілька буде видалено, а інші (і інші) - ушиті, Страхова Виплата здійснюється згідно з відповідними статтями та ст.51(в) одноразово. 3. В тому випадку, коли внаслідок однієї травми буде пошкоджено органи травної, сечовидної або статевої системи (без їх видалення), додатково здійснюється Страхова Виплата за ст.55 (5 %).	5% 10% 15% 10%
СЕЧОВИВІДНА ТА СТАТЕВА СИСТЕМА		
52	Травма нирки, що спричинила: а) забиття нирки, підкапсульний розрив нирки, що не потребував оперативного втручання б) видалення частини нирки в) видалення нирки	5% 30% 60%
53	Травма органів сечовидної системи (нирок, сечоводів, сечового міхура, сечовипускального каналу), що спричинила: а) цистит, уретрит б) гостру ниркову недостатність, пієліт, пієлоцистит в) зменшення обсягу сечового міхура г) гломерулонефрит (захворювання), пієлонефрит, звуження сечоводу, сечовипускального каналу г) синдром довготривалого роздавлювання (травматичний токсикоз, краш-синдром, синдром роздроблення), хронічну ниркову недостатність д) непрохідність сечоводу, сечовипускального каналу, сечостатевої норичі Примітка: 1. Якщо внаслідок травми настане порушення функції кількох органів сечовидної системи, відсоток Страхової Суми, належної до сплати, визначається за одним з підпунктів ст.53, що враховує найбільш тяжкий наслідок травми. 2. Страхова Виплата у зв'язку з наслідками, перерахованими у підпунктах "а", "в", "г", "г" та "д" ст.53, здійснюється у тому випадку, якщо такі ускладнення мають місце після закінчення періоду тривалістю 3 місяці з дати отримання травми. Раніше за цей термін Страхова Виплата здійснюється згідно зі ст.52 або 55 (а) та сума, розрахована згідно з визначеним відсотком від Страхової Суми, не вираховується з суми Страхової Виплати після ухвалення остаточного рішення.	5% 10% 15% 25% 30% 40%
54	Оперативні втручання, проведені у зв'язку з травмою органів сечовидної системи: а) цистостомія б) у разі підозри ушкодження органів в) у разі ушкодження органів г) повторні операції, проведені у зв'язку з травмою (незалежно від їх кількості) Примітка: Якщо у зв'язку з травмою було проведено видалення нирки або її частини, Страхова Виплата здійснюється згідно зі ст.52 (б, в); ст.54 при цьому не застосовується.	5% 10% 15% 10%
55	Пошкодження органів статевої або сечовидної системи: а) поранення, розрив, опік, відморозження б) збатування особи у віці: до 15 років з 15 до 18 років 18 років і старше	5% 50% 30% 15%
56	Ушкодження статевої системи, що спричинило: а) видалення одного яєчника, маточної труби, яєчка б) видалення обох яєчників, обох маточних труб, яєчок, частини статевого члена в) втрату матки у жінок у віці: до 40 років з 40 до 50 років 50 років і старше г) втрату статевого члена, обох яєчок	15% 30% 50% 30% 15% 50%
57	Позаматкова вагітність, патологічні пологи, що спричинили: а) видалення однієї маточної труби, одного яєчника б) видалення обох маточних труб (або єдиної маточної труби), обох яєчників (або єдиного яєчника)	15% 30%

Стаття №	ХАРАКТЕР УШКОДЖЕННЯ	Розмір Страхової Виплати (% від Страхової Суми)
	в) втрата матки (в тому числі з придатками) у віці: до 40 років з 40 до 50 років 50 років і старше	50% 30% 15%
	Примітки: 1. В умовах цієї Програми позаматкова вагітність та патологічні пологи привносять до тілесних ушкоджень, як визначено у п.2.3 цієї Програми. 2. У тих випадках, коли під час операції з приводу позаматкової вагітності одночасно з вагітною трубкою видаляється (перев'язується) і друга маточна труба у зв'язку з її захворюванням або з метою стерилізації, Страхова Виплата здійснюється згідно зі ст.57 (6).	
М'ЯКІ ТКАНИНИ		
58	Травма м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шкіри, підщелепної області, вушних раковин, що спричинила після загоєння: а) утворення рубців площиною від 0,5 до 1,0 кв. см б) утворення рубців площиною 1,0 кв. см і більше або довжиною 5 см і більше в) значне порушення косметики г) різке порушення косметики д) спотворення	5% 5% 10% 30% 70%
	Примітка: 1. До косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються за забарвленням від навколишньої шкіри, втягнені або ті, що виступають над її поверхню, стягують тканини. Спотворення - це різка зміна природного вигляду обличчя людини в результаті механічного, хімічного, термічного ті інших насильницьких впливів. 2. Якщо у зв'язку з переломом кісток лицьового черепа (кісток обличчя) зі зміщенням уламків було проведено операцію (відкрита репозиція), внаслідок чого на обличчя утворився рубець, сума Страхової Виплати розраховується з урахуванням перелому та післяопераційного рубця, якщо такий рубець порушує косметику. 3. Якщо в результаті пошкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шкіри, підщелепної області утворився рубець або пігментна пляма, і у зв'язку з цим було здійснено виплату відповідної частини Страхової Суми, а потім Застрахований отримав повторну травму, що спричинила утворення нових рубців (пігментних плям), Страхова Виплата в розмірі відповідної частини Страхової Суми з урахуванням наслідків повторної травми здійснюється повторно.	
59	Травма м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, кінцівок, що спричинила після загоєння утворення рубців площиною: а) від 2,0 до 5,0 кв. см або довжиною 5 см і більше б) від 5 кв. см до 0,5 % поверхні тіла в) від 0,5 % до 2,0 % г) від 2,0 % до 4,0 % г) від 4 % до 6 % д) від 6 % до 8 % е) від 8 % до 10 % є) від 10 % до 15 % ж) 15 % і більше	3% 5% 10% 15% 20% 25% 30% 35% 40%
	Примітка: 1. 1 % поверхні тіла досліджуваного дорівнює площині долонної поверхні його кисті та пальців. Ця площа визначається в квадратних сантиметрах шляхом множення довжини кисті, що вимірюється від променевої до середньої кістки, до верхівки нігтьової фаланги III пальця, на її ширину, що вимірюється на рівні голівок II-V п'ястих кісток (без урахування I пальця). 2. Під час визначення площини рубців слід враховувати й рубці, що утворилися на місці взяття шкіряного трансплантата для заміщення дефекту ураженої ділянки шкіри. 3. Якщо Страхова Виплата здійснюється у зв'язку з оперативним втручанням (у разі взяття ушкоджень, пластики сухожилів, живих судин, нервів тощо), ст.59 не застосовується.	
60	Травма м'яких тканин тулуба, кінцівок, що спричинила утворення пігментних плям площиною (% поверхні тіла): а) від 1 % до 2 % б) від 2 % до 10 % в) від 10 % до 15 % г) 15 % і більше	3% 5% 10% 15%
	Примітка: 1. Рішення щодо здійснення Страхової Виплати згідно зі ст.58, 59 та 60 ухвалюється з урахуванням даних огляду, проведеного після загоєння ранової поверхні, але не раніше, ніж після закінчення періоду тривалістю 1 місяць після отримання травми. 2. Загальна сума виплат за ст.59 та 60 не має перевищувати 40 % від Страхової Суми.	
61	Опікова хвороба, опіковий шок	10%
	Примітка: Страхова Виплата згідно зі ст.61 сплачується додатково до Страхової Виплати, що здійснюється у зв'язку з отриманням опіку.	
62	Травма м'яких тканин: а) не видалені чужорідні тіла б) м'язова кіла, посттравматичний періостит, гематома, що не розсмокталася, площиною не менше 2 кв. см, розрив м'язів в) розрив сухожилів, за виключенням пальців кисті, взяття аутохронного трансплантата з іншого відділу опорно-рухового апарату	3% 3% 5%
	Примітка: 1. Страхова Виплата у зв'язку з гематомою, що не розсмокталася, м'язовою кілою або посттравматичним періоститом здійснюється у тому випадку, якщо такі ускладнення мають місце після закінчення періоду тривалістю 1 місяць після отримання травми. 2. Рішення щодо здійснення Страхової Виплати (одноразової виплати) згідно зі ст. 62 ухвалюється з урахуванням даних огляду, проведеного не раніше, ніж після закінчення періоду тривалістю 1 місяць після отримання травми.	
ХРЕБЕТ		
63	Перелом, переломи-вихи або вихи тіл, дужок та суглобних відростків хребців (за виключенням крижі та куприка): а) одного-двох б) трьох - п'яти в) шести і більше	20% 30% 40%
64	Розрив міжхребцевих зв'язок (за тривалості лікування не менше 14 днів), підвихи хребців (за виключенням куприка)	5%
	Примітка: У разі рецидивів підвиху хребця Страхова Виплата не здійснюється.	
65	Перелом кожного поперекового або остистого відростка	3%
66	Перелом крижі	10%
67	Ушкодження куприка: а) підвихи куприкових хребців б) вихи куприкових хребців в) перелом куприкових хребців	5% 10% 15%
	Примітка: 1. Якщо у зв'язку з травмою хребта (в тому числі крижі та куприка) проводились оперативні втручання, додатково здійснюється Виплата у розмірі 10 % від Страхової Суми одноразово. 2. В тому випадку, якщо перелом або вихи хребців супроводжувалися ушкодженням спинного мозку, сума Страхової Виплати розраховується з урахуванням обох ушкоджень шляхом додавання. В тому випадку, якщо внаслідок однієї травми Застрахована Особа зазнає перелому тіла хребта, ушкодження зв'язок, перелому поперекових або остистих відростків, сума Страхової Виплати розраховується згідно зі статтею, що передбачає найбільш тяжку травму, Страхова Виплата здійснюється одноразово.	
ВЕРХНЯ КІНЦІВКА, ЛОПАТКА ТА КЛЮЧИЦЯ		
68	Перелом лопатки, ключиці, повний або частковий розрив акроміально-ключичного, грудинно-ключичного зчленувань: а) перелом, вихи однієї кістки, розрив одного зчленування б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох зчленувань або перелом, вихи однієї кістки та розрив одного зчленування, переломи-вихи ключиці в) розрив двох зчленувань та перелом однієї кістки, перелом двох кісток та розрив одного зчленування	5% 10% 15%

Стаття №	ХАРАКТЕР УШКОДЖЕННЯ	Розмір Страхової Виплати (% від Страхової Суми)
	г) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) Примітка: 1. У випадку, якщо у зв'язку з травмами, перерахованими у ст.68, проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5% від Страхової Суми. 2. У випадку, якщо у зв'язку з відкритим переломом не проводилось оперативне втручання, рішення про здійснення Страхової Виплати за ст.59 ухвалюється за результатами огляду, проведеного після загоєння рани. 3. Страхова Виплата у зв'язку переломом, що не зрісся (хибним суглобом) здійснюється у випадку, якщо таке ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтвержено довідкою такого закладу. Таку Виплату буде здійснено додатково.	5%
ПЛЕЧОВИЙ СУГЛОБ		
69	Трама області плечевого суглоба (суглобної западини лопатки, голівки плечевої кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків, суглобної сумки): а) розрив сухожиль, капсули суглоба, відрив кісткових фрагментів, у тому числі великого горбика, перелом суглобної западини лопатки, вивих плеча б) перелом двох кісток, перелом лопатки та вивих плеча в) перелом плеча (голівки, анатомічної, хірургічної шийки), перелоמו-вивих плеча	5% 10% 15%
70	Трама плечевого пояса, що спричинило: а) звичайний вивих плеча б) відсутність рухомості суглоба (анкілоз) в) плечовий суглоб, що "вихлястий" внаслідок резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають Примітка: 1. Страхова Виплата за ст.70 здійснюється додатково до Страхової Виплати, сплачуваної у зв'язку з травмами області плечевого суглоба у випадку, якщо перераховані у цій статті ускладнення буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтвержено медичною документацією такого закладу. 2. У випадку, якщо у зв'язку з травмою плечевого суглоба буде проведено оперативні втручання, додатково буде здійснено Виплату у розмірі 10% від Страхової Суми. 3. Страхова Виплата у разі звичайного вивиху плеча здійснюється у випадку, якщо він настав протягом 3 років після перенесеного вивиху, отриманого Застрахованою Особою в період дії Договору Страхування. Діагноз звичайного вивиху плеча має бути підтверджено медичною документацією з лікувального закладу, в якому проводилось його вправлення. У випадку рецидивів звичайного вивиху плеча Страхова Виплата не здійснюється.	15% 20% 40%
ПЛЕЧЕ		
71	Перелом плечевої кістки: а) на будь-якому рівні (верхня, середня, нижня третина) б) подвійний перелом	15% 20%
72	Перелом плечевої кістки, що спричинив утворення перелому, що не зрісся (хибного суглоба) Примітка: 1. Страхова Виплата за ст.72 здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв'язку з травмою плеча, якщо зазначені ускладнення буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 9 місяців після отримання травми. 2. Якщо у зв'язку з травмою області плеча проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється Виплата у розмірі 10% від Страхової Суми.	45%
73	Травматична ампутація верхньої кінцівки або тяжка травма, що спричинила ампутацію: а) з лопаткою, ключицею або їх частиною б) плеча на будь-якому рівні в) єдиної кінцівки на рівні плеча Примітка. Якщо Страхову Виплату було здійснено згідно зі ст.73, додаткова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	80% 75% 100%
ЛІКТЬОВИЙ СУГЛОБ		
74	Трама ділянки ліктьового суглоба: а) гемартроз, пропорційний підвивих передпліччя б) відрив кісткових фрагментів, у тому числі надвиростків плечевої кістки, перелом променевої або ліктьової кістки, вивих кістки в) перелом променевої та ліктьової кістки, вивих передпліччя г) перелом плечевої кістки разом з променевою та ліктьовою кістками Примітка. У випадку, якщо внаслідок однієї травми Застрахована Особа зазнає різних ушкоджень, перерахованих у ст.74, сума Страхової Виплати розраховується згідно з підпунктом, що враховує найбільш тяжке ушкодження.	5% 5% 10% 15%
75	Трама ділянки ліктьового суглоба, що спричинила: а) відсутність рухомості у суглобі (анкілоз) б) плечовий суглоб, що "вихлястий" внаслідок резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають Примітка: 1. Страхова Виплата за ст.75 здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв'язку з травмами ліктьового суглоба, у випадку, якщо порушення рухомості суглоба буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу. 2. У випадку, якщо у зв'язку з травмою області ліктьового суглоба буде проведено оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10% від Страхової Суми.	40% 50%
ПЕРЕДПЛІЧЧЯ		
76	Перелом кісток передпліччя на будь-якому рівні (верхня, середня, нижня третина), за виключенням області суглобів: а) перелом, вивих однієї кістки б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки	10% 15%
77	Перелом, що не зрісся (хибний суглоб) кісток передпліччя: а) однієї кістки б) двох кісток Примітка: Страхова Виплата за ст.77 здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв'язку з травмою передпліччя, якщо зазначені ускладнення буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 9 місяців після отримання травми.	20% 40%
78	Травматична ампутація або тяжка травма, що спричинила: а) ампутацію передпліччя на будь-якому рівні б) екзартикуляцію у ліктьовому суглобі в) ампутацію єдиної кінцівки на рівні передпліччя Примітка: 1. Якщо у зв'язку з травмою області передпліччя проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10% від Страхової Суми. 2. Якщо Страхову Виплату було здійснено згідно зі ст.78, додаткова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	65% 70% 100%
ПРОМЕНЕВОЗАП'ЯСНИЙ СУГЛОБ		
79	Трама ділянки променевоzap'ясного суглоба: а) перелом однієї кістки передпліччя, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив кісткового фрагмента (фрагментів), вивих голівки ліктьової кістки б) перелом двох кісток передпліччя в) перилунарний вивих кисті	5% 10% 15%
80	Трама ділянки променевоzap'ясного суглоба, що спричинила відсутність рухомості (анкілоз) цього суглоба Примітка:	15%

Стаття №	ХАРАКТЕР УШКОДЖЕННЯ	Розмір Страхової Виплати (% від Страхової Суми)
	1. Страхова Виплата за ст.80 здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв'язку з травмами променевозап'ясного суглоба, у випадку, якщо порушення рухомості суглоба буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено медичною документацією такого закладу.	
	2. Якщо у зв'язку з травмою області променевозап'ясного суглоба проводились оперативні втручання, додатково здійснюється Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми.	
КИСТЬ		
81	Перелом або вивих кісток зап'ястка, п'яних кісток однієї кисті: а) однієї кістки (крім човноподібної) б) двох та більше кісток (крім човноподібної) в) човноподібної кістки г) вивих, перелоμο-вивих кисті Примітка: 1. Якщо у зв'язку з травмою кисті проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми. 2. У разі перелома (вивиху) внаслідок однієї травми кісток зап'ястка (п'яних кісток) та човноподібної кістки сума Страхової Виплати розраховується з урахуванням кожної травми шляхом додавання.	5% 10% 10% 15%
82	Травма кисті, що спричинила: а) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) однієї або декількох кісток (за винятком відриву кісткових фрагментів) б) втрату усіх пальців, ампутацію на рівні п'яних кісток зап'ястка або променевозап'ясного суглоба в) ампутацію єдиної кисті Примітка. Страхова Виплата у зв'язку з переломом, що не зрісся (хибним суглобом) кісток зап'ястка або п'яних кісток здійснюється додатково за ст.82 (а) у випадку, якщо таке ускладнення кисті встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу.	10% 65% 100%
ПАЛЬЦІ КИСТІ. ПЕРШИЙ ПАЛЕЦЬ		
83	Травма пальця, що спричинила: а) відрив нігтьової пластинки б) ушкодження сухожилля (сухожилків) розгиначів пальця в) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожилля) згинача пальця, сухожилковий, суглобовий, кістковий панарицій Примітка: 1. Гнійне запалення навколонігтьового валика (паронихія) не є підставою для здійснення Страхової Виплати. 2. Якщо у зв'язку з травмою сухожилля, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилним панарицієм проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми.	3% 3% 5%
84	Травма пальця, що спричинила: а) відсутність рухів в одному суглобі б) відсутність рухів в двох суглобах пальця Примітка. Страхова Виплата у зв'язку з порушенням функції пальця здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв'язку з його травмою, у випадку, якщо відсутність рухомості суглоба (суглобів) пальця буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу.	10% 15%
85	Травма пальця, що спричинила: а) реампутацію (повторну ампутацію) на рівні тієї самої фаланги б) ампутацію на рівні нігтьової фаланги в) ампутацію на рівні міжфалангового суглоба (втрата нігтьової фаланги) г) ампутацію на рівні основної фаланги, п'ясно-фалангового суглоба (втрата пальця) д) ампутацію пальця з п'ясною кісткою або її частиною Примітка. Якщо Страхову Виплату здійснено згідно зі ст.85, додаткова Страхова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	10% 10% 15% 20% 25%
ДРУГИЙ, ТРЕТІЙ, ЧЕТВЕРТИЙ, П'ЯТИЙ ПАЛЕЦЬ		
86	Травма одного пальця, що спричинила: а) відрив нігтьової пластинки б) ушкодження сухожилля (сухожилля) розгиначів пальця в) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожилля) згинача пальця, сухожилльний, суглобовий, кістковий панарицій Примітка: 1. Гнійне запалення навколонігтьового валика (паронихія) не є підставою для здійснення Страхової Виплати. 2. Якщо у зв'язку з травмою сухожилля, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожилним панарицієм проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми.	3% 3% 5%
87	Травма пальця, що спричинила: а) відсутність рухів в одному суглобі б) відсутність рухів в двох суглобах пальця Примітка. Страхова Виплата у зв'язку з порушенням функції пальця здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв'язку з його травмою, у випадку, якщо відсутність рухомості суглоба (суглобів) пальця буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу.	5% 10%
88	Травма пальця, що спричинила: а) реампутацію (повторну ампутацію) на рівні тієї самої 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'ясною кісткою або її частиною Примітка: 1. Якщо Страхову Виплату здійснено згідно зі ст.88, додаткова Страхова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється. 2. У разі травми декількох пальців кисті в період дії одного Договору Страхування сума Страхової Виплати розраховується з урахуванням кожного пошкодження шляхом додавання, однак її розмір не має перевищувати 65% від Страхової Суми для однієї кисті та 100 % від Страхової Суми для обох кистей.	3% 5% 10% 15% 20%
ТАЗ		
89	Травма таза: а) перелом однієї кістки б) перелом двох кісток або розрив одного зчленування, подвійний перелом однієї кістки в) перелом трьох та більше кісток, розрив двох або трьох зчленувань Примітка: 1. Якщо у зв'язку з переломом кісток таза або розривом зчленувань проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % від Страхової Суми. 2. Розрив лобкового зчленування, крижово-klubового зчленування (зчленувань) під час пологів є підставою для здійснення Страхової Виплати за ст.89 (б або в) на загальних підставах.	10% 15% 20%
90	Травма таза, що спричинила відсутність рухомості кульшового суглоба: а) в одному суглобі б) у двох суглобах Примітка. Страхова Виплата у зв'язку з порушенням функції кульшового суглоба (суглобів) за ст.90 здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв'язку з травмою таза, у випадку, якщо відсутність руху у суглобі буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 6 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу.	20% 40%

Стаття №	ХАРАКТЕР УШКОДЖЕННЯ	Розмір Страхової Виплати (% від Страхової Суми)
НИЖНЯ КІНЦІВКА\ КУЛЬШОВИЙ СУГЛОБ		
91	Травма кульшового суглоба: а) відрив кісткового фрагмента (фрагментів) б) ізолюваний відрив вертлюга (вертлюгів) в) вивих стегна г) перелом голівки, шийки, проксимального метафізу стегна Примітка: 1. У випадку, якщо внаслідок однієї травми Застрахована Особа зазнає різних ушкоджень кульшового суглоба, Страхову Виплату буде здійснено згідно з одним з підпунктів, що передбачає найбільш тяжку травму. 2. Якщо у зв'язку з травмою кульшового суглоба проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % від Страхової Суми.	5% 10% 15% 20%
92	Травма кульшового суглоба, що спричинила: а) відсутність рухомості (анкілоз) б) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) шийки стегна в) ендопротезування г) виклястий кульшовий суглоб внаслідок резекції голівки стегна Примітка: 1. Страхова Виплата у зв'язку з ускладненнями, перерахованими у ст.92, здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв'язку з травмою суглоба. 2. Страхова Виплата у зв'язку зі ст.92 (б) здійснюється у випадку, якщо таке ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 9 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу.	20% 30% 40% 45%
СТЕГНО		
93	Перелом стегна: а) на будь-якому рівні (верхня, середня, нижня третина), за виключенням області суглобів	25%
94	б) подвійний перелом стегна Перелом стегна, що спричинив утворення перелому, що не зрісся (хибного суглоба) Примітка: 1. Якщо у зв'язку з травмою області стегна проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % від Страхової Суми. 2. Страхова Виплата за ст.94 здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв'язку з переломом стегна, якщо таке ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 9 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу.	30% 30%
95	Травматична ампутація або тяжка травма, що спричинила ампутацію кінецьки на будь-якому рівні стегна: а) однієї кінецьки б) єдиної кінецьки Примітка: Якщо Страхову Виплату здійснено згідно зі ст.95, додаткова Страхова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	70% 100%
КОЛІННИЙ СУГЛОБ		
96	Травма області колінного суглоба: а) гемартроз б) відрив кісткового фрагмента (фрагментів), перелом надвиростку (надвиростків), перелом голівки малої гомілкової кістки, ушкодження м'якша в) перелом надколінка, міжвиросткового підвіщення, виростків, проксимального метафізу великої гомілкової кістки г) перелом проксимального метафізу великої гомілкової кістки з голівкою малої гомілкової кістки д) перелом виростків стегна, вивих гомілки е) перелом дистального метафізу стегна ж) перелом дистального метафізу, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток Примітка: 1. У разі поєднання різних пошкоджень колінного суглоба, Страхова Виплата здійснюється одноразово згідно з одним з підпунктів ст.96, що передбачає найбільш тяжку травму. 2. Якщо у зв'язку з травмою області колінного суглоба проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % від Страхової Суми.	5% 10% 15% 25% 25% 35%
97	Травма ділянки надколінка, що спричинила: а) відсутність рухомості суглоба б) колінний суглоб, що «вихляється» внаслідок резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають в) ендопротезування Примітка: Страхова Виплата за ст.97 сплачується додатково до Страхової Виплати здійсненої у зв'язку з травмою колінного суглоба.	25% 45% 40%
ГОМІЛКА		
98	Перелом кісток гомілки (за виключенням ділянки суглобів): а) малогомілкової, відрив кісткових фрагментів б) великої гомілкової, подвійний перелом малої гомілкової в) обох кісток, подвійний перелом великої гомілкової Примітка: 1. Розмір Страхової Виплати згідно зі ст.98 визначається у випадку: - переломів малої гомілкової кістки у верхній та середній третині; - переломів діафізу великої гомілкової кістки на будь-якому рівні; - переломів великої гомілкової кістки в області діафізу (верхня, середня, нижня третина) та переломів малої гомілкової кістки у верхній або середній третині. 2. Якщо внаслідок травми Застрахована Особа зазнала внутрішньосуглобового перелому великої гомілкової кістки в колінному або гомілковостопному суглобі та перелому малої гомілкової кістки на рівні діафізу, Страхова Виплата здійснюється згідно зі ст.96 та 98 або ст.101 та 98 шляхом додавання.	5% 15% 20%
99	Перелом кісток гомілки, який спричинив перелом, що не зрісся (хибний суглоб) (за виключенням кісткових фрагментів): а) малогомілкової кістки б) великої гомілкової кістки в) обох кісток Примітка: 1. Страхова Виплата за ст.99 здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв'язку з переломом кісток гомілки, якщо такі ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 9 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу. 2. Якщо у зв'язку з травмою гомілки проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % від Страхової Суми.	10% 30% 40%
100	Травматична ампутація або тяжка травма, що спричинила: а) ампутацію гомілки на будь-якому рівні б) есзартикуляцію в колінному суглобі в) ампутацію єдиної кінецьки на будь-якому рівні гомілки Примітка: Якщо Страхову Виплату здійснено у зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова Страхова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	60% 70% 100%
ГОМІЛКОВОСТОПНИЙ СУГЛОБ		
101	Травма ділянки гомілковостопного суглоба: а) перелом однієї кісточки, ізолюваний розрив міжгомілкового синдесмозу	5%

Стаття №	ХАРАКТЕР УШКОДЖЕННЯ	Розмір Страхової Виплати (% від Страхової Суми)
	б) перелом обох кісточок або перелом однієї кісточки з краєм великої гомілкової кістки	10%
	в) перелом обох кісточок з краєм великої гомілкової кістки	15%
	Примітка: 1. У разі перелому кісток гомілковостопного суглоба, що супроводжується розривом міжгомількового синдесмозу, підвихом (вихивом) стопи, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми. 2. Якщо у зв'язку з травмою області гомілковостопного суглоба проводились оперативні втручання (за виключенням первинної хірургічної обробки та видалення чужорідних тіл), додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10 % від Страхової Суми.	
102	Травма області гомілковостопного суглоба, що спричинила: а) відсутність рухомості гомілковостопного суглоба	20%
	б) гомілковостопний суглоб, що "хилитаться" внаслідок резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають	40%
	в) екзартикуляцію у гомілковостопному суглобі	50%
	Примітка: Якщо внаслідок травми гомілковостопного суглоба Застрахована Особа зазнала ускладнень, перерахованих у ст.102, Страхова Виплата здійснюється згідно з одним з підпунктів, що вправою найбільш тяжке ускладнення.	
103	Травма Ахіллового сухожилля: а) у разі консервативного лікування	5%
	б) у разі оперативного лікування	15%
СТОПА		
104	Травма стопи: а) перелом, вивих однієї кістки (за виключенням п'яtkової та таранної)	5%
	б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки	10%
	в) перелом, вивих трьох та більше кісток, перелом п'яtkової кістки, підтаранний вивих стопи, вивих у поперечному суглобі стопи (Шопара) або передплесно-плесновому суглобі (Лисфранка)	15%
	Примітка: 1. Якщо у зв'язку з переломам або вивихом кісток або розривом зв'язок стопи проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми. 2. У разі переломів або вивихів кісток стопи, що Застрахована Особа зазнала внаслідок різних травм, Страхова Виплата здійснюється з урахуванням факту кожної з травм.	
105	Травма стопи, що спричинила: а) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) однієї-двох кісток (за виключенням п'яtkової та таранної кісток)	5%
	б) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) трьох та більше кісток, а також п'яtkової або таранної кістки	15%
	в) артродез підтаранного суглоба, поперечного суглоба передплесни (Шопара) або передплесно-плеснового (Лисфранка)	20%
	г) ампутацію на рівні: 1) плесно-фалангових суглобів (відсутність всіх пальців стопи)	30%
	2) плеснових кісток або передплесни	40%
	3) таранної, п'яtkової кісток (втрата стопи)	50%
	Примітка: 1. Страхова Виплата у зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими ст.105 (а, б, в), здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв'язку з травмою стопи, якщо такі ускладнення травми буде встановлено у лікувально-профілактичному закладі після закінчення періоду тривалістю 9 місяців після отримання травми та підтверджено довідкою такого закладу; а у зв'язку з ускладненнями травми стопи, передбаченими ст.105 (а, б, в) - незалежно від терміну, що пройшов з дня отримання травми Застрахованою Особою. 2. Якщо Страхову Виплату здійснено у зв'язку з ампутацією стопи, додаткова Страхова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.	
ПАЛЬЦЬ СТОПИ		
106	Перелом, вивих фаланги (фаланг), uszkodження сухожилля (сухожилків): а) одного пальця	3%
	б) двох - трьох пальців	5%
	в) чотирьох - п'яти пальців	10%
	Примітка: Якщо у зв'язку з переломам, вивихом або uszkodженням сухожилля пальця проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 3 % від Страхової Суми.	
107	Травматична ампутація або травма пальців стопи, що спричинила ампутацію: Першого пальця: а) на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба	5%
	б) на рівні основної фаланги або плесно-фалангового суглоба другого, третього, четвертого, п'ятого пальців	10%
	в) одного-двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг	5%
	г) одного-двох пальців на рівні основних фаланг або плесно - фалангових суглобів	10%
	г) трьох-чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг	15%
	д) трьох-чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плесно - нігтьових суглобів	20%
	Примітка: 1. Якщо Страхову Виплату здійснено згідно зі ст. 107, додаткова Страхова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється. 2. Якщо у зв'язку з травмою було проведено ампутацію пальця з плесновою кісткою або її частиною, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми.	
108	Травма, що спричинила: а) утворення лігатурних свищів	5%
	б) лімфостаз, тромбофлебіт, порушення трофіки	10%
	в) остеомиєліт, в тому числі гематогенний остеомиєліт	20%
	Примітка: 1. Ст.108 застосовується у випадку тромбофлебітів, лімфостазу та порушення трофіки, які Застрахована Особа зазнала внаслідок травми опорно-рухового апарату (за виключенням uszkodження великих периферичних судин та нервів). 2. Нагнійні запалення пальців стоп не є підставою для здійснення Страхової Виплати.	
109	Травматичний шок, геморагічний, анафілактичний шок, що розвинувся у зв'язку з травмою. Примітка: Страхова Виплата за ст.109 здійснюється додатково до Виплат, здійснених у зв'язку з травмою.	5%
110	Випадкове гостре отруєння, асфіксія (удушення), кліщовий або післящепленневий енцефаліт (енцефаломієліт), ураження електрострумом (атмосферною електрикою), укуси змії, отруйних комах, павучих, ботулізм (у разі відсутності даних щодо ураження внаслідок зазначених подій окремих органів) за стаціонарного лікування: а) 6 - 10 днів	5%
	б) 11 - 20 днів	10%
	в) більше 20 днів	15%
	Примітка: Якщо у медичному висновку зазначено, що події, перераховані у ст. 110, спричинили uszkodження будь-яких органів, Страхова Виплата здійснюється згідно з відповідними статтями. Ст.110 у цьому випадку не застосовується.	
111	У разі настання Страхового Випадку, що настає в період дії Договору страхування, та не передбачений цією Таблицею, але вимагає безперервного стаціонарного та/або амбулаторного лікування протягом принаймні 10 днів поспіль, Страхова виплата здійснюється в розмірі: а) у разі безперервного лікування тривалістю від 10 до 15 днів включно	2%
	б) у разі безперервного лікування тривалістю понад 15 днів	3%
	Примітка: Стаття 111 не застосовується, якщо внаслідок настання Страхового Випадку була здійснена Страхова виплата за іншою статтею (статтями) цієї Таблиці	

4.2. Таблиця Страхових виплат, що здійснюються у зв'язку з отриманням Застрахованою Особою опіків (у відсотках від Страхової Суми)

Площина опіку (% поверхні тіла)	Ступінь опіку			
	II	IIIА	IIIВ	IV
0,5 - 5	5	10	13	15
понад 5 - 10	10	15	17	20
понад 10 - 20	15	20	25	35
понад 20 - 30	20	25	45	55
понад 30 - 40	25	30	70	75
понад 40 - 50	30	40	85	90
понад 50 - 60	35	50	95	95
понад 60 - 70	45	60	100	100
понад 70 - 80	55	70	100	100
понад 80 - 90	70	80	100	100
понад 90	90	95	100	100

4.2.1. Доповнення до Таблиці Страхових виплат, що здійснюються у зв'язку з отриманням Застрахованою Особою опіків:

4.2.1.1. У випадку опіків дихальних шляхів - розмір Страхової Виплати становить 30% від Страхової Суми;

4.2.1.2. У випадку опіків голови та/або шиї суму Страхової Виплати буде збільшено на:

- 5%, якщо опік займає площу менше 5% поверхні тіла;

- 10%, якщо опік займає площу від 5 до 10% поверхні тіла.

4.2.1.3. У випадку опіків в області паху суму Страхової Виплати буде додатково збільшено на 10% від Страхової суми;

4.2.1.4. У разі Опікової звороти (опікового шоку) суму Страхової Виплати буде збільшено на 10%.

4.3. Таблиця Страхових Виплат, що здійснюються у зв'язку зі зникненням зору Застрахованої Особи через травму, отриману внаслідок Нещасного випадку (у відсотках від Страхової Суми):

Гострота зору		у відсотках від Страхової Суми, %	Гострота зору		у відсотках від Страхової Суми, %				
До травми	Після травми		До травми	Після травми					
1,0	0,9	3	0,4	Нижче за 0,1 0,0	5 5 10 15 20				
	0,8	5							
	0,7	5							
	0,6	10							
	0,5	10							
	0,4	10							
	0,3	15							
	0,2	20							
	0,1	30							
	0,0	40							
0,9	0,8	3	0,3	Нижче за 0,1 0,0	5 5 10 20				
	0,7	5							
	0,6	5							
	0,5	10							
	0,4	10							
	0,3	15							
	0,2	20							
	0,1	30							
	0,0	40							
	0,8	0,7				3	0,2	Нижче за 0,1 0,0	5 10 20
0,6		5							
0,5		10							
0,4		10							
0,3		15							
0,2		20							
0,1		30							
0,0		40							
0,7		0,6	3	0,1	Нижче за 0,1 0,0	10 20			
		0,5	5						
	0,4	10							
	0,3	10							
	0,2	15							
	0,1	20							
	0,0	30							
	0,6	0,5	5				Нижче за 0,1	0,0	20
		0,4	5						
		0,3	10						
0,2		10							
0,1		15							
0,0		20							
0,5		0,4	5	Нижче за 0,1	0,0	20			
		0,3	5						
		0,2	10						
		0,1	10						
	0,0	15							
	0,4	0,3	5				Нижче за 0,1	0,0	20
		0,2	5						
		0,1	10						
		0,0	10						

4.3.1. Доповнення до Таблиці Страхових Виплат, що здійснюються у зв'язку зі зникненням зору Застрахованої Особи через травму, отриману внаслідок Нещасного випадку:

4.3.1.1. Рішеннями Страхової Суми у зв'язку з погіршенням гостроти зору внаслідок травми ухвалюється після відповідного лікування, але не раніше ніж через 3 місяці після отримання травми. Після закінчення цього терміну Застрахована Особа має пройти медичне обстеження для визначення гостроти зору обох очей (без урахування корекції) та інших наслідків травм;

4.3.1.2. Якщо немає даних щодо гостроти зору Застрахованої Особи до отриманої нею травми ока, то вона вважається такою самою, як гострота зору неушкодженого ока. Однак, якщо гострота зору неушкодженого ока виявляється нижчою за гостроту зору ушкодженого ока, вважається, що гострота зору ушкодженого ока до отримання травми дорівнювала 1;

4.3.1.3. Якщо обидва ока Застрахованої Особи були ушкоджені, і немає даних щодо гостроти їх зору до отримання травми, то вважається, що гострота їхнього зору до отримання травми дорівнювала 1.

5. Виключення зі Страхових Випадків та обмеження страхування

5.1. Страхові Виплати здійснюються за умови, що Страховий Випадок викликаний зовнішніми, випадковими подіями;

5.2. Випадки, передбачені в пункті 3 цієї Програми, не визнаються Страховим Випадком, якщо вони є наслідком, прямо або опосередковано, будь-яких обставин, зазначених в статті 4 «Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування» Правил;

5.3. Додатково до пункту 5.2 цієї Програми Страховик не здійснює Страхових Виплат у разі настання Страхових Випадків, причиною яких є, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:

5.3.1. Професійна діяльність Застрахованої Особи, в тому числі за таким фахом:

- особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;

- каскадери;

- циркові артисти (акробати, дресировальники);

- працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);

- військові репортери та репортери, редактори, журналісти, фотографи, оператори, переключачі (що працюють в політично нестабільних зонах та зонах бойових дій);

- аварійно-рятувальні служби у високорізних районах (із використанням вертольотів, альпінського спорядження);

- військовослужбовці збройних сил, незалежно від військової спеціальності, роду військ, військового звання та форми проходження військової служби;

- члени загонів особливого призначення, незалежно від відомого підпорядкування;

- професійні спортсмени та тренери;

- особисті охоронці;

- водолази, працівники, чия діяльність пов'язана з підводним занурюванням;

- 5.3.2. Заняття Застрахованою Особою спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняття Застрахованою Особою спортом на любительському рівні; автоспортивні або автоспортивні споруди із використаними наземних, водних або повітряних транспортних засобів, повітряним спортом, альпінізмом, дайвінгом (глибше, ніж 40 м), стрільбою;
- 5.3.3. Подорожування або політ на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту як пасажирів на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;
- 5.3.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;
- 5.3.5. Тренування або підготування, або перебування в якості пасажирів на планері або планері, який підлітається вручну, у випадку стрибка з парашутом Застрахованої Особи;
- 5.3.6. Участь в факелі, в марафонських, навіаційних, випробуванні військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;
- 5.3.7. Будь-які методи або способи лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних відхилень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;
- 5.3.8. Будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, які виникли до Дати Початку або дати поновлення дії цієї Програми;
- 5.3.9. Проводження будь-яких експериментальних, дослідних та діагностичних процедур;
- 5.3.10. Лікування в фазах з м'язовою терапією, остеопатії або інших фазах, які займаються нетрадиційним (альтернативним) лікуванням;
- 5.3.11. Нещасний випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажирів на такому транспортному засобі, окрім виладків, коли використання такого транспортного засобу пов'язане з виконанням Страховальником службових обов'язків, з урахуванням пункту 5.3.1. цієї Програми;
- 5.3.12. Тілесні ушкодження внаслідок Нещасного випадку, які спричинили килу, лумбаго або запалення судинного нерва;
- 5.3.13. Спроба самогубства в будь-який час або тілесні ушкодження, навмисно нанесені Застрахованої Особи будь-якою особою за згодою Застрахованої Особи;
- 5.3.14. Патологічний перелом, включаючи переломи внаслідок остеопорозу;
- 5.3.15. Втомний перелом.
- 5.4. Страхову Виплату буде здійснено за умови, що Страховий Випадок мав місце:
- протягом дії цієї Програми;
- до дати чергової річниці Дії Програми після 65-го дня народження Застрахованої Особи.
- 6. Письмова заява про настання Страхового Випадку**
- 6.1. Письмова заява на настання Страхового Випадку, яку подано впродовж 10 (десяти) календарних днів після настання випадку, який може бути визначений Страховим Випадком згідно з цією Програмою. У разі наявності поважних причин, що перешкоджають поданню такого повідомлення та які пов'язані зі станом здоров'я Застрахованої Особи або іншими обставинами, Страховик може вимагати підтвердження таких причин шляхом надання Застрахованою Особою/Страховальником відповідних офіційних документів.
- 6.2. Всі необхідні документи, інформація та результати обстежень мають бути надані Страховикові у формі, яка ним вимагається. За необхідності Застрахована Особа повинна пройти медичне обстеження на вимогу та за рахунок Страховика. Після отримання тілесних ушкоджень або настання хвороби Застрахована Особа повинна якнайшвидше отримати допомогу кваліфікованого лікаря та ретельно дотримуватися лікарських призначень. Страховик знімається від будь-яких зобов'язань щодо наслідків, які виникають через те, що Застрахована Особа стала членом будь-яких допоміжних або цивільних невійськових підрозділів, що допомагають військовим населенням, моряцям чи повітряним силам будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної;
- 6.3. Виписка з медичної карти стаціонарного хворого із зазначенням точного діагнозу, витисний епікріз, інші документи, які містять всі медичні записи та документи щодо проведеного лікування, та інші документи, що підтверджують факт, обставини та наслідки Страхового Випадку, мають бути надані Страховикові на його вимогу в кожному випадку.
- 7. Початок Дії Програми**
- Датою початку дії цієї Програми буде дата початку Дії Програми страхування основних ризиків Договору Страхування, якщо тільки цю Програму не було введено в дію та включено до Договору Страхування пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у Договорі Страхування або відповідному Додатку до Договору Страхування.
- 8. Припинення Дії Програми**
- 8.1. Будь-яка зі Сторін має право припинити цю Дію Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення Дії Програми не менше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення.
- 8.2. Дія цієї Програми припиняється, та Страховик знімається від своїх відповідних зобов'язань до наступної річниці Дії Програми у випадку виконання Страховиком зобов'язань перед Страховальником у повному обсязі - здійснення виплати 100% Страхової Суми внаслідок одного або кількох Нещасних Випадків у випадку виконання Страховиком зобов'язань перед Застрахованою Особою. Зобов'язання Страховика може бути поновлено у разі сплати наступної Страхової Премії за Програмою.
- 8.3. Додатково до статті 18 Правил для цієї Програми припиняється:
- 8.3.1. Якщо Застрахована Особа визнано психічно хворою; або
- 8.3.2. Якщо Застрахована Особа вступила до військового наземних, морських чи повітряних сил будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або
- 8.3.3. Якщо Застрахована Особа стала членом будь-яких допоміжних або цивільних невійськових підрозділів, що допомагають військовим населенням, моряцям чи повітряним силам будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або
- 8.3.4. На чергову річницю Дії Програми після 56 (шістдесят п'ятього) дати народження Застрахованої Особи незалежно від того, чи продовжує діяти Договір Страхування, якщо інше не передбачено Договором Страхування; або
- 8.3.5. Якщо Страхова Премія за цю Програмою або Програмою страхування основних ризиків не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового Періоду; або
- 8.3.6. Договір Страхування або цю Програму було скасовано чи скасовано, набув статусу Сплаченого Договору Страхування, як передбачено Правилами, або дію Програми страхування основних ризиків було припинено на будь-яких підставах.
- 8.4. У будь-яких випадках припинення Дії Програми сплата додаткової Страхової Премії припиняється і зобов'язання Страховика за цю Програмою припиняються, за винятком зобов'язання повернення Страховальнику, відповідно до чинного законодавства України, незаробленої частини додаткової Страхової Премії (яко така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення Дії Програми (окрім випадків, передбачених пунктом 8.2 цієї Програми). Незароблена частина Страхової Премії - це частина Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.
- 9. Ця Програма як частина Договору Страхування**
- 9.1. До цієї Програми не застосовуються положення Правил щодо:
- 9.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
- 9.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
- 9.1.3. Досрокового припинення Дії Договору Страхування з ініціативи Страховальника (стаття 14 Правил);
- 9.1.4. Права на Негарантований Бонус (пункт 20.1 Правил);
- 9.1.5. Способів здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25 до Правил).
- 9.2. Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цю Програмою згідно зі Страховими Тарифами за цю Програмою. Зміна ґрунтуватиметься на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного досвіду Страховика. Зміна набутиме чинності з річниці дії цієї Програми. Страховальник має право відмовитися від таких змін протягом тридцяти днів. Якщо Страховальник відмовляється прийняти зміни, Страховик має право досроково припинити дію Програми з дати чергової річниці її дії шляхом письмового повідомлення Страховальника.

N/S/с as

Програма страхування додаткових ризиків

Додаток 1-14

Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації внаслідок Нещасного випадку або через хворобу ("Програма")

- 1. Предмет страхування**
 - 1.1. Положення цієї Програми складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включено цю Програму, та набирають чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми зазначені у Страховому Полісі або Додатку до Договору Страхування.
 - 1.2. Згідно з цією Програмою Застрахованою Особою є фізична особа, прізвище, ім'я та по батькові якої зазначаються у Страховому Полісі або у Додатку до Договору Страхування на письмову вимогу Страховальника, що здійснена в момент подання Заяви про Страхування або пізніше протягом дії Договору Страхування.
 - 1.3. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії. Розмір Страхової Премії вказується у Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування.
 - 1.4. Будь-які Страхові Виплати за цю Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат згідно з Договором Страхування.
 - 1.5. У разі настання Страхового Випадку, як визначено у пункті 3 "Страховий Випадок та здійснення Страхових Виплат" цієї Програми, Страхова Виплата згідно з умовами цієї Програми здійснюється Застрахованій Особі, якщо інше не передбачено Договором Страхування.
- 2. Визначення термінів**
 - 2.1. Термін "лікарня" використовується у Договорі Страхування для визначення особи, яка згідно з даними медичної карти стаціонарного хворого відповідно до стандартів надання медичної допомоги (згідно зі встановленим діагнозом) безперервно перебувала в лікарні в якості стаціонарного хворого протягом не менше, ніж 24 (двадцять чотири) години.
 - 2.2. Термін "лікарня" використовується у Договорі Страхування для визначення медичного закладу, який:
 - має ліцензію на здійснення медичної допомоги та лікування (якщо така ліцензія вимагається законодавством);
 - призначений в основному для надання стаціонарної медичної допомоги хворим;
 - здійснює цілодобово екстренний догляд кваліфікованими медсестрами та має хоча б одного ліцензованого та кваліфікованого (дипломованого та сертифікованого) лікаря;
 - має в наявності обладнання для діагностики та проведення хірургічного втручання в своїх приміщеннях або в інших пристосованих для цього приміщеннях за дозволеністю;
 - не є медсестринським відділенням лікарні, денним стаціонаром, а також відділенням з наданням допомоги пристригамі або видувачим, де пацієнт отримує голосним чином медсестринську допомогу, а також не є спеціалізованим будинком відпочинку, санаторієм, профілакторієм, медсестринським або геронтологічним відділенням чи реабілітаційним відділенням; і, та;
 - не є місцем проживання Застрахованої Особи або стаціонаром на дому;
 - 2.3. Термін "хвороба" або "захворювання" використовується у Договорі Страхування для визначення зміни стану фізичного здоров'я Застрахованої Особи, яка стала з нею вперше після початку дії цієї Програми та Періоду Очукування, якщо такий вказується у Договорі Страхування.
 - 2.4. Термін "кваліфікований лікар" використовується у Договорі Страхування для визначення кваліфікованого (дипломованого та сертифікованого) випускника вищого медичного навчального закладу, який не є Застрахованою Особою або членом її сім'ї, діє у межах своїх посадових обов'язків та своєї ліцензії, виданої на здійснення лікарської діяльності у лікуванні тілесних ушкоджень або захворювань, які є Страховим Випадком відповідно до цієї Програми.
 - 2.5. Термін "швидка допомога" використовується у Договорі Страхування для визначення перевезення Застрахованої Особи до медичного закладу автомобілем швидкої допомоги або іншим транспортом, наземним, водним або повітряним, спеціально та виключно призначеним для транспортування хворих до медичних закладів із відповідним обладнанням та санітарно-лікарським складом (екіпажем). Кожен випадок транспортування автомобілем швидкої допомоги має бути належним чином засвідчено у відповідних документах державних служб швидкої допомоги або служб швидкої допомоги приватної лікарні та лікарні, де проводилася госпіталізація згідно з п.3.1.6 та/або п.3.7 цієї Програми.
- 3. Страховий Випадок та здійснення Страхових Виплат**
 - 3.1. Страхові зобов'язання здійснюються Страховою Виплатою в разі настання Страхового Випадку. Страховим Випадком згідно з цією Програмою є такі випадки:
 - 3.1.1. розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку або хвороби, який призвів до хірургічного втручання (код S); та/або
 - 3.1.2. розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку або хвороби, який призвів до госпіталізації (код H); та/або

- 3.1.3. тимчасова непридатність в період одужання після госпіталізації, зазначеної в п.3.1.2 Програми, якщо це зазначено в Договорі Страхування згідно з п.3.9 Програми (код С);
- 3.1.4. розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок нещасного випадку або хвороби, який призвів до транспортування Застрахованої Особи автомобілем "швидкої допомоги" до лікарні з метою госпіталізації згідно з п.3.1.2 цієї Програми, якщо це зазначено в Договорі Страхування згідно з п.3.10 Програми;
- 3.2. Якщо Застрахована Особа зазнає хірургічного втручання внаслідок нещасного випадку або через хворобу, які вперше виникли після початку дії цієї Програми, Страховик здійснює Страхові Виплати, сума яких розраховується як частка від Страхової Суми, зазначеної в Договорі Страхування, яка відповідає такому хірургічному втручанню (відповідно до Таблиці оцінки хірургічних операцій).
- 3.3. Якщо Застрахована Особа зазнає хірургічного втручання, яке є Страховим Випадком згідно з цією Програмою, але не вказане в Таблиці оцінки хірургічних операцій, то в такому разі Страховик розраховує суму Страхової Виплати шквалом порівняння такого хірургічного втручання з максимальною наближеною за рівнем складності хірургічною операцією, наведеною в таблиці оцінки хірургічних операцій. Рівень складності хірургічної операції визначається лікарем-експертом, який призначається Страховиком.
- 3.4. Якщо Застрахована Особа зазнає декількох хірургічних операцій одночасно, то Страхові Виплати здійснюються у сумі, яка відповідає хірургічній операції з найбільшою часткою від Страхової Суми, визначеною в Таблиці оцінки хірургічних операцій.
- 3.5. Якщо ризик Страхування здійснюється у випадку хірургічного втручання, дорічнею Страхової Суми, то Страховик звільняється від подальших зобов'язань згідно з пунктом 3.1.1 цієї Програми до наступної річниці дії Програми. Зобов'язання Страховика може бути поновлено у разі сплати наступної Страхової Премії за наступний період.
- 3.6. Страховик також здійснює Страхові Виплати у випадку госпіталізації Застрахованої Особи у розмірі, зазначеному у Договорі Страхування, за кожне день фактичного перебування на стаціонарному лікуванні після 3 (трьох) послідовних днів госпіталізації і максимально до 365-го дня, якщо Застрахована Особа госпіталізується через розлад здоров'я внаслідок хвороби, перші прояви якої з'явилися після початку дії цієї Програми, або нещасного випадку, який стався після початку дії цієї Програми, а також, якщо Застрахована Особа перебуває під наглядом кваліфікованого лікаря. Страховик не визнає перебування у денному стаціонарі та/або амбулаторне лікування Застрахованою госпіталізацією, і відповідно, не здійснює Страхових Виплат у таких випадках.
- 3.7. У разі госпіталізації Застрахованої Особи до відділення реанімації та інтенсивної терапії лікарні Страховик здійснює Страхову Виплату за кожне день такої госпіталізації, починаючи з першого дня. Обов'язковою умовою для здійснення Страхової Виплати є те, що госпіталізація до відділення реанімації та інтенсивної терапії лікарні має тривати принаймні 24 години. Страхова Виплата на випадок госпіталізації до відділення реанімації та інтенсивної терапії дорічнею подвійної Страхової Суми на випадок госпіталізації, зазначеної в Договорі Страхування, та здійснюється замість Страхової Виплати, передбаченої п. 3.6 Програми.
- 3.8. Наступні наслідки у лікарні через одну і ту саму причину вважаються одним Страховим Випадком, якщо між такими перебуваннями пройшло не більше 12 (дванадцяти) місяців з моменту закінчення Страхової Особи була госпіталізована через цю причину.
- 3.9. Страховик також здійснює Страхові Виплати на випадок тимчасової непридатності в період одужання після госпіталізації, якщо такі Страхові Виплати передбачені у Договорі Страхування і якщо сплачена відповідна додаткова Страхова Премія. Страхові Виплати на випадок тимчасової непридатності в період одужання після госпіталізації здійснюються тільки за умови, якщо здійснюються Страхові Виплати на випадок госпіталізації, передбачені п. 3.6 та/або п. 3.7 Програми, незалежно від того, де саме Застрахована Особа проведе період одужання. Тривалість тимчасової непридатності в період одужання після госпіталізації за цією Програмою дорічнею подвійної кількості днів фактичного перебування Застрахованої Особи на стаціонарному лікуванні. Денна сума Страхових Виплат протягом періоду одужання зазначається у Договорі Страхування.
- 3.10. Страхові Виплати на випадок транспортування Застрахованої Особи автомобілем "швидкої допомоги" до лікарні сплачуються тільки за умови, якщо здійснюється Страхові Виплати на випадок госпіталізації, передбачені п. 3.6 та/або п. 3.7 цієї Програми. Розмір Страхових Виплат на випадок транспортування Застрахованої Особи автомобілем "швидкої допомоги" до лікарні дорічнею потроєному розміру Страхової Суми на випадок госпіталізації, зазначеної у Страховому Полісі або Договорі Страхування, та не залежить від кількості днів госпіталізації і, відповідно, від розміру Страхової Виплати на випадок госпіталізації.
- 3.11. Страхові Виплати на випадок транспортування Застрахованої Особи за допомогою кваліфікованого лікаря, який призначається Страховиком.
- 3.12. Якщо розмір зобов'язань Страхових Виплат дорічнею Страхової Суми, встановлений для конкретного Страхового Випадку в Договорі Страхування, то Страховик звільняється від подальших зобов'язань стосовно такого Страхового Випадку або його наслідків.
- 3.13. Страхові Виплати згідно з цією Програмою здійснюються за умови, що Страховий Випадок відбувся протягом періоду дії цієї Програми, а належні на момент настання страхового випадку Страхові Премії згідно з цією Програмою сплачені відповідно до умов Договору Страхування.
- 4. Виключення із Страхових Виплатів та обмеження страхування**
- 4.1. Випадки, не визнаються Страховим Випадком, якщо він є наслідком, прямо або опосередковано, будь-яких обставин, зазначених в статті 4 "Виключення із Страхових Виплатів та обмеження страхування" Правил страхування.
- 4.2. Додатково до пункту 4.1 цієї Програми Страховик не здійснює Страхових Виплат у разі настання Страхових Випадків, причиною яких є наведене нижче, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:
- 4.2.1. Професійна діяльність Застрахованої Особи в частині цієї Програми, що стосується нещасних випадків, в тому числі за такими фахами:
- особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
 - каскадери;
 - циркові артисти (акробати, дресировальники);
 - працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
 - військові репортери та репортери, редактори, журналісти, фотографи, оператори, перекладачі, що працюють в політично нестабільних зонах та зонах бойових дій);
 - авіаційно-ригувальні служби і високотимрових районах (із використанням вертольотів, альпіністського спорядження);
 - військслужбовці, незалежно від спеціальності, роду військ, військового звання та форми проходження військової служби;
 - професійні загони особливого призначення, незалежно від відомого підпорядкування;
 - членів спортивних та тренери;
 - особисті охоронці;
 - водоплави, працівники, чия діяльність пов'язана з підводним занурюванням;
- 4.2.2. Заняття Застрахованою Особою спортом на професійному рівні, в тому числі участь у змаганнях та тренування, а також заняття Застрахованою Особою спортом на любительському рівні; автомобільна або водна спортивна діяльність Застрахованої Особи за допомогою кваліфікованого лікаря, який призначається Страховиком, дайвінгом (глибше, ніж на 40 м), стрільбою;
- 4.2.3. Подорожування або політ на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажирів на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;
- 4.2.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу.
- 4.2.5. Тренування або підготовка до перебування в якості пасажирів на планері або планері, який підлітається вручну, або у випадку стрибка Застрахованої Особи з парашутом;
- 4.2.6. Участь в військових навчаннях, навчаннях, вишковах військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військслужбовця або цивільного працівника;
- 4.2.7. Тілесні ушкодження, спричинені, прямо або опосередковано, повністю або частково, отруєнням будь-якими отруйними речовинами, газами, вихлопними газами, незалежно від того, було таке отруєння навмисним чи випадковим, та незалежно від того, було таке отруєння спричинене введенням інфекційним шквалом, assorbцією, вдиханням або потраплянням до організму отруйних речовин інших шляхом, окрім випадкового отруєння чадним газом під час пожежі;
- 4.2.8. Будь-які патології переломи, тобто переломи в результаті захворювання кісткової тканини;
- 4.2.9. Будь-яке лікування нервово-логічних або психічних захворювань, незалежно від виду такого психічного захворювання, психічних видівлень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;
- 4.2.10. Будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, що передуватиме Початку дії або дату поновлення дії цієї Програми;
- 4.2.11. Тілесні ушкодження, спричинені прямо чи опосередковано, повністю або частково будь-яким інфекційним бактеріальним зараженням, за винятком інфекційного зараження внаслідок порізу або поранення, що сталося випадково;
- 4.2.12. Проходження будь-яких експериментальних, дослідних та діагностичних процедур;
- 4.2.13. Лікування у фахівця з мануальної терапії, остеопатів або інших фахівців, які практикують нетрадиційні (альтернативні) методи лікування;
- 4.2.14. Вакцинація та ії наслідки.
- 4.2.15. Нещасний випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або ії пересування як пасажирів на такому транспортному засобі, окрім випадків, коли використання такого транспортного засобу пов'язане з виконанням Застрахованою Особою службових обов'язків, з урахуванням пункту 4.2.1 цієї Програми.
- 4.3. Додатково до пунктів 4.1 та 4.2 цієї Програми такі випадки не визнаються Страховими Випадками:
- 4.3.1. Госпіталізація/лікування/хірургічне втручання у зв'язку із вагітністю, пологами, виномодом або здійсненням абортів;
- 4.3.2. Проходження профілактичного або іншого медичного огляду, коли відсутні об'єктивні ознаки погіршення нормального стану здоров'я;
- 4.3.3. Отримання косметичних або інших аналітичних процедур будь-якого виду або проведення пластичних операцій (в тому числі виправлення викривленої носової перегородки (септопластика, риносептопластика тощо), якщо вони не показані у зв'язку із Нещасним Випадком або хворобою, які ці терміни визначаються в Правилах;
- 4.3.4. Будь-яка госпіталізація у зв'язку з будь-якою хворобою протягом перших 60 (шістдесят) днів після дати набрання чинності або дати поновлення дії цієї Програми;
- 4.3.5. Лікування внаслідок хвороби або стану, який не підлягає протягом перших 180 (ста вісімдесяти) днів після дати початку дії або поновлення дії цієї Програми;
- 4.3.6. Будь-яке реабілітаційне лікування, допомога або оздоровлення, профілактичне лікування в спеціалізованому центрі, медичному закладі або реабілітаційному центрі (реабілітаційне лікування та допомога);
- 4.3.7. Лікування спадкових або вроджених аномалій та станів, спричинених ними;
- 4.3.8. Лікування будь-яких психічних або нервових розладів, лікування спокоєм або лікування алкогольною та наркотичною залежністю;
- 4.3.9. Лікування будь-якої інфекції, отриманої під час стаціонарного лікування (госпіталізація інфекції);
- 4.3.10. Амбулаторне лікування хвороб зору (включаючи хірургічне втручання, проведення в амбулаторних умовах), прилику окуляри, контактних лінз, слухових апаратів, окрім хірургічного втручання внаслідок нещасного випадку та хірургічних втручань, які зазначені у Таблиці оцінки хірургічних операцій;
- 4.3.11. Будь-яке амбулаторне стоматологічне лікування внаслідок хвороби, включаючи хірургічне втручання, протезування зубів. Стоматологічне хірургічне втручання під час стаціонарного лікування Застрахованої Особи з приводу стоматологічного захворювання, а також стоматологічне хірургічне втручання внаслідок нещасного випадку (амбулаторне або стаціонарне) визнається страховим випадком.
- 5. Розмір Страхової Премії**
- 5.1. Страхова Премія встановлюється Страховиком з урахуванням розміру Страхової Суми та віку Застрахованої Особи.
- 5.2. Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою згідно зі Страховими Тарифами за цією Програмою протягом дії або під час поновлення дії цієї Програми. Зміна ґрунтується на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного досвіду Страховика. Зміна набумати чинності з річниці дії цієї Програми. Страхуванням має право відмовитися від таких змін протягом тридцяти днів. Якщо Страхуванням відмовляється прийняти зміни, або розмір сплаченої ним Страхової Премії відрізняється від розміру, встановленого після таких змін, Страховик має право достроково припинити дію Програми з дати чергової річниці дії цього письмового повідомлення Страхувальника.
- 6. Початок дії Програми**
- Датую початку дії цієї Програми є дата, зазначена у Страховому Полісі або у Додатку до Договору Страхування.
- 7. Припинення дії Програми**
- 7.1. Страхування Застрахованої Особи за цією Програмою припиняється відповідно до умов припинення Договору Страхування або, у випадку Договору Страхування групи осіб, у той день, коли Застрахована Особа перестала належати до групи Застрахованих Осіб, якщо це відбулося раніше. Припинення дії цієї Програми не може вплинути на розгляд заяв про здійснення Страхових Виплат за Страховим Випадком, які настали до дати закінчення дії цієї Програми.
- 7.2. Дія цієї Програми припиняється з 00 години за каліським часом на дату річниці дії Договору Страхування, що настає одразу після досягнення Застрахованою Особою віку 65 (шістдесят п'ять) років, якщо інше не передбачено в Договорі Страхування.

- 7.3. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення. У випадку припинення дії Програми за вимогою будь-якої зі Сторін сплата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються за винятком зобов'язання повернення Страховальнику незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення цієї Програми. Незароблена частина Страхової Премії - це частина додаткової Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення дії Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.
- 7.4. Додатково до статті 18 Правил страхування дія цієї Програми припиняється, якщо:
- 7.4.1. Страхова Премія, термін сплати якої настав за Договором Страхування, не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового Періоду; або
- 7.4.2. Договір Страхування, до якого включено цю Програму, набув статусу Сплаченого Договору Страхування, як передбачено Правилами страхування, або дію Програми страхування основних ризиків припинено на будь-яких підставах.

8. ТАБЛИЦЯ ОЦІНКИ ХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ

Опис хірургічних операцій	Максимальний розмір Страхових Виплат (у % від Страхової Суми)
ЧЕРЕВНА ПОРОЖНИНА Апендектомія Резекція кишки Резекція шлунка Гастроентеростомія Видалення жовчного міхура (холецистектомія) Діагностична лапаротомія або видалення через розріз одного або більше органів крім зазначеного вище (якщо за одне втручання проводяться дві або більше хірургічних операцій, страхова виплата здійснюється тільки за одну)	35% 70% 70% 60% 60% 50%
АБСЦЕС: Розріз поверхневого абсцесу, гнійника або фурункула, одного або більше Хірургічне лікування карбункула, одного або більше	5% 10%
АМПУТАЦІЯ: Будь-якого пальця кисті або стопи Кисті, передпліччя або стопи на рівні голміковостопного суглоба Верхньої або нижньої кінцівки Стегна на рівні кульшового суглоба	10% 20% 40% 70%
МОЛОЧНА ЗАЛОЗА: Ампутація однієї або обох, радикальна, з резекцією до пахвинної западини Ампутація однієї або обох, проста	70% 40%
ГРУДНА КЛІТКА: Повна торакопластика (розкриття грудної клітки) Видалення легень (пневмонектомія) або частини легені Торакотомія з метою діагностики або лікування, за винятком торакоцентезу Видалення гною, за винятком торакоцентезу Штучний пневмоторакс Бронхоскопія: - діагностична - під час операції, виключаючи біопсію	100% 70% 30% 10% 10% 10% 20%
ВУХО: Розтин барабанної перетинки вуха (парацентез) Мастоїдектомія – радикальна – одна сторона Мастоїдектомія – радикальна – обидві сторони Фенестрація, одна або обидві сторони	5% 50% 60% 100%
ЩИТОВИДНА ЗАЛОЗА: Видалення щитовидної залози, включаючи всі стадії операційної процедури	70%
СТРАВОХІД: Операція з приводу стриктури Використання ендоскопа (не більше 3-х разів на рік)	40% 10%
ОКО: Відшарування сітківки – множинний синтез Катаракта Глаукома Видалення очного яблука (енукліація) Видалення птеригію Розріз ячменя або халазіюну	100% 50% 30% 30% 20% 5%
ПЕРЕЛОМИ: а) Лікування закритих переломів (без операції): Ключиці, лопатки або передпліччя (одна кістка) Кісток передплісних, плісних, крижів або кюпріку Стегна Гомілки (одна кістка) або плеча Кожного пальця кисті або стопи або ребра Передпліччя – дві кістки, наколінка, або тазу без витягнення Гомілки, дві кістки Щелепи, нижньої Кісток зап'ястка, п'яснич кісток, носа, ребер – двох або більше, або груднини Тазу, з витягненням Хребців, поперечних відростків, кожного Хребців, компресійний перелом, один або більше Зап'ястка б) Лікування складних та відкритих переломів: Для складного перелому зазначені вище відсотки збільшуються у 1,5 рази. Для перелому, що вимагає хірургічного втручання (включаючи співставлення або остеосинтез), зазначені вище відсотки подвоюються, але максимальна виплата не повинна перевищувати 100%	15% 10% 40% 25% 5% 20% 30% 20% 10% 30% 5% 40% 10% 15% 70% 70% 60% 20% 30% 15% 15% 70% 70% 25% 50% 25% 10% 20% 30% 60% 30% 20% 15%
СЕЧО-СТАТЕВА СИСТЕМА: Видалення нирки Фіксація нирки Видалення гухлин або каменів з нирки, уретри або сечового міхура за допомогою: - операції з розрізом - катетеризації або ендоскопічної техніки Операція на сечоводі з розрізом Операція на уретрі з розрізом Простата: - видалення всієї залози за допомогою операції – повна процедура - часткове видалення - за допомогою ендоскопічних технік - інші операції з розрізом - Орхідектомія або епідидимектомія Пирощеле або варикоцеле Видалення фіброму, без трансабдомінального доступу Гістеректомія та оваріектомія з матковими трубами, обидві сторони Гістеректомія Оваріектомія з матковою трубою, одна сторона Конізація Кюретаж	70% 70% 60% 20% 30% 15% 70% 25% 50% 25% 10% 20% 30% 60% 30% 20% 15%
КИЛА: Оперування: - однієї киля - подвійної киля	30% 50%

Опис хірургічних операцій	Максимальний розмір Страхових Виплат (у % від Страхової Суми)
СУГЛОБИ ТА ВИВИХИ Артротомія з приводу захворвання або порушення функції, крім зазначеного нижче та крім пункції Артротомія плечового, ліктьового, кульшового або колінного суглоба, крім пункції Видалення, фіксація оперативним шляхом, дезартікуляція або артропластика на: - плечовому, кульшовому суглобі або хребті - колінному, ліктьовому, променево-зап'яному або гомілковостопному суглобі - вивих (лікювання без операції); - кожного пальця кисті або стопи - плечового, ліктьового, променево-зап'яного або гомілковостопного суглоба - нижньої щелепи - кульшового або колінного суглоба, крім наколінка - наколінка - ушкодження зв'язки променево-зап'яного або гомілковостопного суглоба, що вимагає фіксації гіпсовою пов'язкою Для вивиху, який вимагає оперативного втручання, максимальна сума страхової виплати розраховується у подвійному розмірі від сум, зазначених вище	15% 40% 75% 30% 5% 15% 5% 20% 5% 10%
ОПІКИ: Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням 27% площі поверхні тіла або більше Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням від 18% до 27% площі поверхні тіла Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням від 9% до 18% площі поверхні тіла Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням від 4,5% до 9% площі поверхні тіла	100% 60% 30% 16%
НІС: Череззубова операція на носових пазухах Позаносова операція на носових пазухах Поліпи, видалення одного або більше Резекція підслизової оболонки Конхектомія	15% 35% 5% 25% 10%
ПУНКЦІЯ: - черевної порожнини - плевральної порожнини або сечового міхура, крім катетеризації - барабанної перетинки, гідроцеле, суглобів або спинномозкова ПРЯМА КИШКА: Радикальна резекція зльнякної пухлики, всі стадії, включаючи колостомію Геморої, тільки зовнішні, видалення - повна процедура Геморої, внутрішній або внутрішньо-зовнішній, включаючи видаління прямої кишки, повне, для видалення або повної склерозуючої терапії Норція прямої кишки Трициндя прямої кишки Інші операції на прямій кишці з розрізом	10% 5% 5% 100% 10% 20% 15% 5% 20%
ЧЕРЕП: Операції з розрізом на порожнині черепа, крім трепанації та пункції Видалення кістки, трепанація або декомпресія	100% 30%
ГОРЛО: Тонзилектомія або тонзил- та аденоїдектомія: - дорослі та діти віком 15 років та старші - діти віком до 15 років Діагностика ларингоскопія Тонзилектомія та аденоїдектомія не визнається Страховим Випадком протягом перших 180 (ста вісімдесяти) днів строку дії цієї Програми.	15% 10% 5%
ПУХЛИНИ: Хірургічне видалення: Зльнякнісних пухлин, крім пухлин слизової оболонки, шкіри та підшкірної клітковини Зльнякнісних пухлин слизової оболонки, шкіри та підшкірної клітковини Пілоїдального синусу або кістки Доброякісної пухлини яєчка або молочної залози Гангли Доброякісних пухлин, однієї або більше, крім зазначених вище	50% 25% 25% 20% 5% 10%
ВЕНИ: Варикоз - операція з розрізом або склерозуюча терапія - однієї ноги - обох ніг	20% 30%

- 9. Письмова заява про настання Страхового Випадку**
 Письмова заява має бути подана Страховику не пізніше, ніж протягом 10 (десяти) календарних днів після настання випадку, який може бути визнаний Страховим Випадком згідно з цією Програмою. У разі наявності поважних причин, що перешкоджають поданню такого повідомлення та які пов'язані зі станом здоров'я Застрахованої Особи або іншими обставинами, Страховик може вимагати підтвердження таких причин шляхом надання Застрахованою Особою Страхувальником відповідних офіційних документів. Всі необхідні документи, інформація та результати обстежень мають бути надані Страховикові у формі, яка ним вимагається. За необхідності Застрахована Особа повинна пройти медичне обстеження на вимогу та за рахунок Страховика. Після отримання тілесних ушкоджень або настання хвороби Застрахована Особа повинна якнайшвидше отримати допомогу кваліфікованого лікаря та ретельно дотримуватись лікарських призначень. Страховик звільняється від будь-яких зобов'язань щодо наслідків, які виникають через те, що Застрахована Особа не отримала медичну допомогу, не дотримувалась лікарських призначень. У разі смерті Застрахованої Особи, Страховик має право вимагати проведення патологоанатомічного дослідження за власний рахунок та/або ознайомитись та одержати результати патологоанатомічного дослідження. Виписка з медичної карти стаціонарного хворого із зазначенням точного діагнозу, висловлений епікриз, інші документи, які містять всі медичні записи та документи щодо проведеного лікування, та інші документи, що підтверджують факт, обставини та наслідки Страхового Випадку, мають бути надані Страховикові на його вимогу в кожному випадку.
- 10. Період Очікування**
 10.1. Період Очікування триває 60 (шістдесят) днів, починаючи з дати Початку дії або дати поновлення дії цієї Програми. Протягом цього періоду не може виникнути право на отримання Страхових Виплат.
 10.2. Період Очікування не застосовується до подій, що є результатом Нещасного випадку.
- 11. Ця Програма як частина Договору Страхування**
 11.1. До цієї Програми не застосовуються положення Правил добровільного страхування стосовно життя щодо:
 11.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
 11.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
 11.1.3. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);
 11.1.4. Дотримання приличення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил).
 11.2. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25) до цієї Програми не застосовуються.
 11.3. Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою згідно зі Страховими Тарифами за цією Програмою. Зміна ґрунтуватиметься на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного досвіду Страховика. Зміна набуватиме чинності з річниці дії цієї Програми, Страхувальник має право відновитись від таких змін протягом тридцяти днів. Якщо Страхувальник відмовляється прийняти зміни або розмір сплаченої ним Страхової Премії відзняється від розміру, встановленого після таких змін, Страховик має право достроково припинити дію Програми з дати чергової річниці її дії шляхом письмового повідомлення Страхувальника.

Додаток 1-15

H/S/c а

**Програма страхування додаткових ризиків
 Страхування на випадок хірургічного втручання та/або госпіталізації наслідок Нещасного випадку ("Програма")**

1. Положення цієї Програми складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включено таку Програму, та набирають чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми зазначені у Страховому Полісі або Додатку до Договору Страхування.
- 1.2. Згідно з цією Програмою Застрахованою Особою є фізична особа, прізвище, ім'я та по батькові якої зазначаються у Страховому Полісі або у Додатку до Договору Страхування на письмову вимогу Страхувальника, що здійснена в момент подання Заяви про Страхування або пізніше протягом дії Договору Страхування.
- 1.3. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії. Розмір Страхової Премії вказується у Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування.
- 1.4. Будь-які Страхові Виплати за цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат згідно з Договором Страхування.
- 1.5. У разі настання Страхового Випадку, як визначено у пункті 3 "Страховий Випадок та здійснення Страхових Виплат" цієї Програми, Страхова Виплата згідно з умовами цієї Програми здійснюється Застрахованій Особі.
2. Визначення термінів
- 2.1. Термін "пацієнт" використовується у Договорі Страхування для визначення особи, яка згідно з даними медичної карти стаціонарного хворого відповідно до стандартів надання медичної допомоги (згідно з встановленим діагнозом) безперервно перебувала в лікарні в якості стаціонарного хворого протягом не менше, ніж 24 (двадцять чотири) години.
- 2.2. Термін "лікарня" використовується у Договорі Страхування для визначення медичного закладу, який:

- має ліцензію на здійснення медичної допомоги та лікування (якщо така ліцензія вимагається законодавством);
- призначений для надання стаціонарної медичної допомоги хворим;
- здійснює цілодобово стресинський догляд кваліфікованими медсестрами та має хоча б одного ліцензованого (дипломованого (дипломованого та сертифікованого) лікаря;
- має в наявності обладнання для діагностики та проведення хірургічного втручання в своїх приміщеннях або в інших пристосованих для цього приміщеннях за домовленістю;
- не є медсестринським відділенням лікарні, денним стаціонаром, а також відділенням з надання допомоги пристриями або відділенням, де пацієнт отримує головним чином медсестринську допомогу, а також не є спеціалізацією будинком відпочинку, санаторію, профілакторію, медсестринським або геронтологічним відділенням як реабілітаційним відділенням і т.д.;
- не є місцем проживання Застрахованої Особи або стаціонаром на домі.

- 3.2. Термін "кваліфікований лікар" використовується у Договорі Страхування для визначення кваліфікованого (дипломованого та сертифікованого) випускника вищого медичного навчального закладу, який не є Застрахованою Особою або членом її сім'ї, де у межах своїх посадових обов'язків та своєї ліцензії, виданої на здійснення лікарської діяльності з лікування тілесних ушкоджень або захворювань, отриманих внаслідок Нещасного випадку, які визнаються Страховим Випадком відповідно до цієї Програми.
- 3.4. Термін "транспортування автомобілем швидкої допомоги" використовується у Договорі Страхування для визначення перевезення Застрахованої Особи до медичного закладу автомобілем швидкої допомоги (швидкої порятунку, надання допомоги) або поштовим, спеціальним призначеним для транспортування хворих до медичних закладів із відповідним обладнанням та санітарно-лікарським складом (візном). Кожен випадок транспортування автомобілем швидкої допомоги має бути належним чином зафіксовано у відповідних документах державних служб швидкої допомоги або служб швидкої допомоги приватної лікарні та лікарні, де проводилася госпіталізація згідно з п. 3.6 та/або п.3.7 цієї Програми.

3. Страховий Випадок та здійснення Страхових Виплат

- 3.1. Страховик зобов'язаний здійснити Страхові Виплати у разі настання Страхового Випадку. Страховим Випадком згідно з цією Програмою є:
 - 3.1.1. розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, який призвів до хірургічного втручання (код H); та/або
 - 3.1.2. розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, який призвів до госпіталізації (код H); та/або
 - 3.1.3. тимчасова непрацездатність в період одужання після госпіталізації, зазначеної в п.3.1.2 Програми, якщо це зазначено в Договорі Страхування згідно з п.3.9 Програми (код C);
 - 3.1.4. розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, який призвів до транспортування Застрахованої Особи автомобілем "швидкої допомоги" до лікарні з метою госпіталізації згідно з п.3.1.2 цієї Програми, якщо це зазначено в Договорі Страхування згідно з п.3.10 Програми.
 - 3.2. Якщо Застрахована Особа знає хірургічного втручання внаслідок Нещасного випадку, який стався після початку дії цієї Програми, Страховик здійснює Страхові Виплати, сума яких розраховується як частка від Страхової Суми, зазначеної у Договорі Страхування, яка відповідає такому хірургічному втручанню (відповідно до Таблиці оцінки хірургічних операцій).
 - 3.3. Якщо Застрахована Особа знає хірургічного втручання, яке є Страховим Випадком згідно з цією Програмою, але не наведено в Таблиці оцінки хірургічних операцій в результаті Нещасного випадку, то в такому випадку Страховик розраховує суму Страхових Виплат шляхом порівняння такого хірургічного втручання з максимальною наближеною за рівнем складності хірургічної операцією, яка наведена в Таблиці оцінки хірургічних операцій в результаті Нещасного випадку. Рівень складності хірургічної операції визначається лікарем-експертом, який призначається Страховиком.
 - 3.4. Якщо Застрахована Особа знає хірургічних операцій одночасно, то Страхові Виплати здійснюються у сумі, яка відповідає хірургічній операції з найбільшою часткою від Страхової Суми відповідно до Таблиці оцінки хірургічних операцій в результаті Нещасного випадку.
 - 3.5. Якщо розмір Страхових Виплат, здійснених у випадку хірургічного втручання, дорівнює Страховій Сумі, то Страховик звільняється від подальших зобов'язань згідно з пунктом 3.1.1 цієї Програми до наступної річниці дії Програми. Зобов'язання Страховика може бути поновлено у разі сплати наступної Страхової Премії за цією Програмою.
 - 3.6. Страховик також здійснює Страхові Виплати у випадку госпіталізації Застрахованої Особи у розмірі, зазначеному у Договорі Страхування, за кожен день фактичного перебування внаслідок Нещасного випадку, який призвів до госпіталізації, починаючи з першого дня госпіталізації, але не більше 365-ти днів, якщо Застрахована Особа госпіталізується через розлад здоров'я внаслідок Нещасного випадку, який вперше стався після Початку дії цієї Програми, а також якщо Застрахована Особа перебуває під наглядом кваліфікованого лікаря. Страховик не визнає перебування у денному стаціонарі та/або амбулаторне лікування Застрахованою Особою госпіталізацією, і, відповідно, не здійснює Страхових виплат у таких випадках.
 - 3.7. У разі госпіталізації Застрахованої Особи до відділення реанімації та інтенсивної терапії лікарні Страховик здійснює Страхові Виплати за кожен день такої госпіталізації, починаючи з першого дня. Обов'язковою умовою для здійснення Страхової Виплати є те, що госпіталізація до відділення реанімації та інтенсивної терапії лікарні має тривати принаймні 24 години. Страхова Виплата на випадок госпіталізації до відділення реанімації та інтенсивної терапії дорівнює подвійній Страховій Сумі на випадок госпіталізації, зазначеної у Договорі Страхування, та здійснюється замість Страхової Виплати, передбаченої в п. 3.6 Програми.
 - 3.8. Наступні перебування у лікарні через одну і ту саму причину вважатимуться одним Страховим Випадком, якщо між такими перебуваннями пройшло не більше 12 (дванадцяти) місяців, протягом яких Застрахована Особа була госпіталізована через цю причину.
 - 3.9. Страховик також здійснює Страхові Виплати на випадок тимчасової непрацездатності в період одужання після госпіталізації, якщо такі Страхові Виплати передбачені у Договорі Страхування і якщо спланивана відповідна додаткова Страхова Премія. Страхові Виплати на випадок тимчасової непрацездатності в період одужання після госпіталізації сплачуються тільки за умови, якщо здійснюється Страхові Виплати на випадок госпіталізації, передбачені п. 3.6 та/або п. 3.7 Програми, незалежно від того, де саме Застрахована Особа проживає. Тривалість тимчасової непрацездатності в період одужання після госпіталізації за цією Програмою дорівнює подвійній кількості днів фактичного перебування Застрахованої Особи на стаціонарному лікуванні. Денна сума Страхових Виплат протягом періоду одужання зазначається у Договорі Страхування.
 - 3.10. Страховик також здійснює Страхові Виплати у випадку транспортування Застрахованої Особи автомобілем швидкої допомоги до лікарні з метою госпіталізації (як визначено п.3.6 та/або п.3.7 цієї Програми). Страхова Виплата на випадок транспортування Застрахованої Особи автомобілем швидкої допомоги до лікарні здійснюється тільки за умови, якщо здійснюється Страхові Виплати на випадок госпіталізації, передбачені п. 3.6 та/або п. 3.7 цієї Програми. Розмір Страхових Виплат на випадок транспортування Застрахованої Особи до лікарні одужання, та здійснюється замість Страхової Виплати, передбаченої в п. 3.6 Програми, незалежно від того, де саме Застрахована Особа проживає. Тривалість тимчасової непрацездатності в період одужання після госпіталізації за цією Програмою дорівнює подвійній кількості днів фактичного перебування Застрахованої Особи на стаціонарному лікуванні. Денна сума Страхових Виплат протягом періоду одужання зазначається у Договорі Страхування.
 - 3.11. Страховик має право провести медичне обстеження Застрахованої Особи за допомогою кваліфікованого лікаря, який призначається Страховиком.
 - 3.12. Якщо розмір здійснених Страхових Виплат дорівнює Страховій Сумі, встановленій у Договорі Страхування, то Страховик звільняється від подальших зобов'язань стосовно такого Страхового Випадку або його наслідків.
 - 3.13. Страхові Виплати згідно з цією Програмою здійснюються за умови, що Страховий Випадок відбувся протягом періоду дії цієї Програми, а належні на момент настання страхового випадку платежі були сплачені згідно з цією Програмою, окрім випадків, передбачених умовою Договору Страхування.
- ### 4. Включення в Страхові Випадки та обмеження страхування
- 4.1. Випадок не визнається Страховим Випадком, якщо він є наслідком, прямо або опосередковано, будь-яких обставин, зазначених в статті 4 "Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування" Правил страхування.
 - 4.2. Додатково до пункту 4.1 цієї Програми Страховик не здійснює Страхових Виплат у разі настання Страхових Випадків, причиною яких є наведені нижче, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:
 - 4.2.1. професійна діяльність Застрахованої Особи, в тому числі як таким фактом:
 - особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
 - каскадери;
 - циркові артисти (акробати, дисерувальники);
 - працівники зоопарку (які контактують з димидами тваринами);
 - військові репортери, редактори, журналісти, фотографі, оператори, перекладачі (що працюють в політично нестабільних зонах та зонах бойових дій);
 - аварійно-рятувальні служби у високотрибуних районах (як використання вертольотів, альпіністського спорядження);
 - військовослужбовці збройних сил, незалежно від військової спеціальності, роду військ, військового звання та форми проходження військової служби;
 - члени загонів особливого призначення, незалежно від відомого підпорядкування;
 - професійні спортсмени та тренери;
 - особисті охоронці;
 - водоплави, працівники, які діяльність пов'язана з підводним занурюванням;
 - 4.2.2. Заняття Застрахованою Особою спортом на професійному рівні, в тому числі участь у змаганнях та тренування, а також заняття Застрахованою Особою спортом на любительському рівні: автомобільним або мотоспортом із використанням будь-яких наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким повітряним спортом, альпінізмом, дайвінгом (глибше, ніж на 40 м), стрільбою;
 - 4.2.3. Подорожування або політ на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту в якості пасажирів на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні повітряні пасажирські перевезення за встановленим маршрутом для таких перевезень;
 - 4.2.4. Пересування на підводному чолі будь-якого типу;
 - 4.2.5. Тренування або підготовка або перебування в якості пасажирів на планері або планері, який ліотується вручну, або у випадку стрибка Застрахованої Особи з парашутом;
 - 4.2.6. Участь у військових маневрах, навчаннях, випробуваннях військової техніки або інших аналогічних операцій в якості військовослужбовця або цивільного працівника;
 - 4.2.7. Тілесні ушкодження, спричинені, прямо або опосередковано, повністю або частково, отруєнням будь-якими отруйними речовинами, газами, вихлопними газами, незалежно від того, було таке отруєння навмисним чи випадковим, та незалежно від того, було таке отруєння спричинено втручанням медичним працівником, абсорбцією чи вдиханням або отруєнням від отруєння, що сталося внаслідок отруєння від отруєння чадним газом під час пожежі;
 - 4.2.8. Будь-які патології переломи, тощо переломи в результаті захворювання кісткової тканини;
 - 4.2.9. Будь-які методи або способи лікування неврологічних або психічних захворювань, незалежно від виду такого психічного захворювання, психічних відхилень, депресивного стану або розладів вищої нервової діяльності;
 - 4.2.10. Будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, що передувє Дати Початку дії або дати поновлення дії цієї Програми;
 - 4.2.11. Тілесні ушкодження, спричинені прямо чи опосередковано, повністю або частково будь-яким інфекційним бактеріальним зараженням, за винятком інфекційного зараження внаслідок пожежі або поранення, що сталося внаслідок;
 - 4.2.12. Проходження будь-яких експериментальних, дослідних та діагностичних процедур;
 - 4.2.13. Лікування у фахівця з мануальної терапії, остеопату або інших фахівців, які практикують нетрадиційні (альтернативні) методи лікування;
 - 4.2.14. Нещасний випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або і пересування як пасажирів на такому транспортному засобі, окрім випадків, коли використання такого транспортного засобу пов'язане з виконанням Застрахованою Особою службових обов'язків, з урахуванням пункту 4.2.1 цієї Програми.
 - 4.3. Додатково до пункту 4.1 та 4.2 цієї Програми такі випадки не визнаються Страховим Випадком:
 - 4.3.1. Госпіталізація/лікування/хірургічне втручання у зв'язку із вагітністю, пологами, викиднем або здійсненням абортів;
 - 4.3.2. Проходження профілактичного або іншого медичного огляду, коли відсутні об'єктивні ознаки погіршення нормального стану здоров'я;
 - 4.3.3. Отримання косметичних або інших аналогічних процедур будь-якого виду або проведення пластичних операцій (в тому числі втручання викривленої носової перегородки (септопластика, риносептопластика тощо), якщо вони не показані у зв'язку із Нещасним Випадком, як цей термін визначється в Правилах);
 - 4.3.4. Будь-якія інші випадки, допомога або оздоровлення, профілактичне лікування в спеціалізованому центрі, медичному закладі або реабілітаційному центрі (реабілітаційне лікування та допомога).
 - 4.3.5. Лікування будь-якої інфекції, отриманої під час стаціонарного лікування (госпітальна інфекція).
- ### 5. Початок дії Програми
- Датою початку дії цієї Програми є дата, зазначена у Страховому Полісі або у Додатку до Договору Страхування.
- ### 6. Припинення дії Програми
- 6.1. Страховик здійснює Страхові Виплати за цією Програмою припиняється відповідно до умов припинення Договору Страхування або, у випадку Договору Страхування групи осіб, у той день, коли Застрахована Особа перестала належати до групи Застрахованих Осіб, якщо це відбулося раніше. Припинення дії цієї Програми не може вплинути на розгляд заяв про здійснення Страхових Виплат за Страховим Випадком, який настав до дати закінчення дії цієї Програми.

- 6.2. Дія цієї Програми припиняється в 00 годин 00 хвилин за київським часом на дату річниці дії Договору Страхування, що настає одразу після досягнення Застрахованою Особою віку 65 (шістьдесят п'ять) років, якщо інше не передбачено в Договорі Страхування.
- 6.3. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення. У випадку припинення дії Програми за вимогою будь-якої зі Сторін сплата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються за винятком зобов'язання повернення Страховальнику незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення дії Програми. Незароблена частина Страхової Премії - це частина додаткової Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення дії Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.
- 6.4. Додатково до статті 18 Правил страхування дія цієї Програми припиняється, якщо:
- 6.4.1. Страхова Премія, термін сплати якої настав за Договором Страхування або Програмами страхування додаткових ризиків не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового Періоду; або
- 6.4.2. Договір Страхування, до якого включено цю Програму, набув статусу Повністю Сплаченого Договору Страхування, як передбачено Правилами страхування, дію Програми страхування основних ризиків припинено на будь-яких підставах.
7. **Таблиця оцінки хірургічних операцій в результаті Нещасного випадку**

ОПИС ХІРУРГИЧНИХ ОПЕРАЦІЙ	МАКСИМАЛЬНИЙ РОЗМІР СТРАХОВИХ ВИПЛАТ (у % від Страхової Суми)
ЧЕРЕВНА ПОРОЖНИНА: Резекція кишки Розтин черевної порожнини з метою діагностики або видалення через розріз одного або більше органів, крім зазначеного вище (якщо за одне втручання проводяться два або більше хірургічних операцій, страхова виплата здійснюється тільки за одну)	70% 50%
АМПУТАЦІЯ: Будь-якого пальця руки або ноги Кисті, руки або стопи на рівні гомілки Верхньої або нижньої кінцівки Стегна на рівні кульшового суглоба	10% 20% 40% 70%
ГРУДНА КЛІТКА: Повна торакопектизм Видалення легені (пневмонектомія) або її частини Розтин грудної порожнини з метою діагностики або лікування, крім пункції Видалення гною, крім пункції Штучний пневмоторакс Бронхоскопія: - діагностична - під час операції, виключаючи біопсію	100% 70% 30% 10% 10% 10% 20%
ВУХО: Розтин барабанної перетинки вуха (парацентез) Фенестрація, однієї або обох сторін	5% 100%
СТРАВОХІД: Операція з усунення стриктури Використання ендоскопа (не більше 3-х разів на рік)	40% 10%
ОКО: Відшарування сітківки - множинний синтез Видалення очного яблука (енуклеація)	100% 30%
ПЕРЕЛОМИ: а) Лікування простих переломів (без операції): - Ключиці, плечового суглоба, чи передпліччя (одна кістка) - Передплісневих та плісневих кісток, крижів або кутрирка - Стегнної кістки - Гомілки (одна кістка) або плеча - Пальці руки чи ноги, кожного, або ребра - Передпліччя - дві кістки, накілінка, або таза (без витягнення) - Гомілки, дві кістки - Щелепи, нижньої - Заг'ястка, метазап'ястка, носа, ребер - два або більше, чи груднини - Таза з витягненням - Хребці, поперечні відростки, кожного - Хребці, компресійний перелом, один або більше - Заг'ястка б) Лікування складних та відкритих переломів: Для складних переломів зазначені вище частки збільшуються у 1,5 рази. Для переломів, які вимагають хірургічного втручання (включаючи співставлення або остеосинтез), зазначені вище частки подвоюються, але максимальна виплата не повинна перевищувати 100%	15% 10% 40% 25% 5% 20% 30% 20% 10% 10% 30% 5% 40% 10%
СЕЧО-СТАТОВА СИСТЕМА: Видалення нирки Фіксація нирки Операція на сечоводі з розрізом Операція на уретрі з розрізом Орхидектомія або епідидимектомія	70% 70% 30% 15% 25%
КИЛА: Оперування: - однієї - подвійної	30% 50%
СУГЛОБИ ТА ВИВИХИ Розтин суглоба при захворюванні або порушенні функції, крім зазначеного нижче та пункції Розтин плечового, літкового, кульшового або колінного суглоба, крім пункції Видалення, фіксація оперативним шляхом, дезартрикуляція або артропластика на: - плечовому, кульшовому суглобі або хребті - колінному, літковому, променево-зап'ястному або гомілковостопному суглобі Вивих (лікування без операції): - кожного пальця кисті або стопи - плечового, літкового, променево-зап'ястного або гомілковостопного суглоба - нижньої щелепи - кульшового або колінного суглоба, крім накілінка - накілінка - ушкодження зв'язок променево-зап'ястного або гомілковостопного суглоба, що вимагає фіксації гіпсовою пов'язкою - Для вивихів, які вимагають хірургічного втручання, максимальна сума відшкодування розраховується у подвійному розмірі від сум, зазначених вище	15% 40% 75% 30% 5% 15% 5% 20% 5% 10%
ОПІКИ: Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням 27% площі поверхні тіла або більше Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням від 18% до 27% площі поверхні тіла Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням від 9% до 18% площі поверхні тіла Опіки шкіри II та III ступенів з ураженням від 4,5% до 9% площі поверхні тіла	100% 60% 30% 16%
НІС: Черезносова операція на носових пазухах Конхектомія	15% 10%
ПУНКЦІЯ: - черевної порожнини - плевральної порожнини або сечового міхура, крім катетеризації - барабанної перетинки, гідроцеле, суглобів або спинномозкова	10% 5% 5%
ПРЯМА КИШКА: Трицица Інша операція на прямій кишці з розтином	15% 5% 20%

ОПИС ХІРУРГИЧНИХ ОПЕРАЦІЙ	МАКСИМАЛЬНИЙ РОЗМІР СТРАХОВИХ ВИПЛАТ (у % від Страхової Суми)
ЧЕРЕП: Операція з розрізом на порожнину черепа, крім трепанатії та пункції Видалення кістки, трепанатія або декомпресія	100% 30%
ГОРЛО: Діагностична ларингоскопія	5%

- 8. Письмова заява про настання Страхового Випадку**
- 8.1. Письмова заява має бути подана Страховику не пізніше, ніж протягом 10 (десяти) календарних днів після настання випадку, який може бути визнаний Страховим Випадком згідно з цією Програмою. У разі наявності поважних причин, що перешкоджають поданню такого повідомлення та які пов'язані зі станом здоров'я Застрахованої Особи або іншими обставинами, Страховик може вимагати підтвердження таких причин шляхом надання Застрахованою Особою/Страховальником відповідних офіційних документів.
- 8.2. Всі необхідні документи, інформація та результати обстежень мають бути надані Страховику у формі, яка ним вимагається. За необхідності Застрахована Особа повинна пройти медичне обстеження на вимогу та за рахунок Страховика. Після отримання тілесних ушкоджень Застрахована Особа повинна якнайшвидше отримати допомогу кваліфікованого лікаря та ретельно дотримуватись лікарських призначень. Страховик звільняється від будь-яких зобов'язань щодо наслідків, які виникають через те, що Застрахована Особа не отримала медичну допомогу, не дотримувалась лікарських призначень. У разі смерті Застрахованої Особи, Страховик має право вимагати проведення патологоанатомічного дослідження за власний рахунок та/або ознайомитись та одержати результати патологоанатомічного дослідження.
- 8.3. Виписка з медичної карти стаціонарного хворого із зазначенням точного діагнозу, висписний епікріз, інші документи, які містять всі медичні записи та документи щодо проведення лікування, та інші документи, які підтверджують факт, обставини та наслідки Страхового Випадку, мають бути надані Страховику на його вимогу в кожному випадку.
9. Ця Програма як частина Договору Страхування
- 9.1. До цієї Програми не застосовуються положення Правил добровільного страхування життя щодо:
- 9.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
- 9.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сп'яленого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
- 9.1.3. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);
- 9.1.4. Дотримування припинення дії Договору Страхування з ініціатиивою Страховальника (стаття 14 Правил).
- 9.2. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25) до цієї Програми не застосовуються.
- 9.3. Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою згідно зі Страховими Тарифами за цією Програмою. Зміна ґрунтуватиметься на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного досвіду Страховика. Зміна набуватиме чинності з риничної дії цієї Програми. Страховальник має право відмовитись від таких змін протягом тридцяти днів. Якщо Страховальник відмовляється прийняти зміни або розмір сплаченої суми Страхової Премії відрізняється від розміру, встановленого після таких змін, Страховик має право достроково припинити дію Програми з дати чергової річниці дії шляхом письмового повідомлення Страховальника.

Додаток 1-16

- Index**
- Загальні умови**
- 1.1. Ця Програма є частиною Договору Страхування, до якого його включено, та набирає чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цього Положення зазначені у Страховому Попілі або в Додатку до Договору Страхування.
- 1.2. Однак, пункт 8 та пункт 11 цього Положення набирають чинності після сплати першої суми збільшеної Страхової Премії, згідно з пунктом 5 цього Положення.
- 2. Сфера дії Положення**
- 2.1. Головною метою дії цього Положення є захист Страхових Виплат згідно із Договором Страхування від можливих економічних ризиків. Ця мета досягається завдяки здійсненню щорічної індексації розміру Страхових Премій та Страхових Сум згідно із Договором Страхування.
- 2.2. Страховик має право припинити або не застосовувати індексацію щодо всіх або окремих чинників Договорів Страхування.
- 3. Індекс**
- 3.1. Ставка індексації, надалі "Індекс", визначається Страховиком щорічно 31 жовтня, та її базис ґрунтується на офіційному індексі інфляції, встановленому Державним комітетом статистики України або іншим уповноваженим органом державної влади України.
- 4. Визначення розміру збільшеної Страхової Суми у разі смерті Застрахованої Особи**
- 4.1. Індексація Страхової Суми на випадок смерті відбувається раз на рік в кожну річницю дії Договору Страхування протягом року, що дорівнює половині строку дії Договору Страхування (іспівнячки не беруться до уваги). Після цього Збільшена Страхова Сума залишатиметься на тому ж рівні до кінця дії Договору Страхування.
- 4.2. При здійсненні першої індексації Збільшена Страхова Сума визначається Страховиком через застосування Індексу до початково узгодженої Страхової Суми.
- 4.3. В кожну наступну річницю дії Договору Страхування проіндексована Страхова Сума визначається шляхом застосування Індексу до Збільшеної Страхової Суми за попередній рік.
- 4.4. Збільшена Страхова Сума визначається в кожну річницю дії Договору Страхування, але набирає чинності тільки після сплати відповідної збільшеної Страхової Премії.
- 4.5. Якщо Страховик має місце прогном Пільгового Періоду і при цьому Страхова Премія термін сплати якої настав, не була сплачена до дати настання Страхового Випадку, Страховик здійснить Страхову Виплату в розмірі, чинному до чергової дати річниці дії Договору Страхування.
- 5. Визначення суми Збільшеної Страхової Премії**
- 5.1. Індексація суми Страхової Премії відбувається раз на рік в кожну річницю дії Договору Страхування.
- 5.2. В момент здійснення першої індексації Збільшена Страхова Премія визначається Страховиком шляхом застосування Індексу до початково узгодженої суми Страхової Премії.
- 5.3. В кожну наступну річницю дії Договору Страхування Збільшена Страхова Премія визначається Страховиком шляхом застосування Індексу до суми Збільшеної Страхової Премії за попередній рік.
- 5.4. У всіх випадках, коли Збільшена Страхова Премія є недостатньою для забезпечення відповідної Збільшеної Страхової Суми, Страховик має право вимагати сплати додаткової Страхової Премії або перерахувати таку Збільшену Страхову Суму відповідно до страхового тарифу (зменшити пропорційно), що оформляється Додатком до Договору Страхування.
- 5.5. Розмір збільшеної страхової премії може визначатися за іншою процедурою, ніж зазначено в пунктах 5.1 - 5.4, за письмовою згодою Сторін.
- 6. Обмеження дії Положення**
- 6.1. Якщо Договір Страхування укладений згідно з Програмою страхування основних ризиків "Страхування на випадок дожиття до певного віку або на певний строк", то це Положення застосовується в порядку п.5.3 цього Положення тільки до Страхової Премії, а Страхова Сума збільшується в день настання Страхового Випадку або припинення дії Договору Страхування на розмір Спеціального Фонду Індексації, визначеного згідно з умовами цього Положення.
- 6.2. Одноразова Страхова Премія не підлягає індексації.
- 7. Право відмови від індексації**
- 7.1. Страховальник має право відмовитись від збільшення суми Страхової Премії та Страхової Суми тільки у річницю дії Договору Страхування та стосовно всіх складових частин Договору Страхування.
- 7.2. Страховальник має право відмовитись щонайбільше від двох індексацій, після чого право на індексацію може бути припинено.
- 7.3. Право на індексацію може бути поновлене за згодою Страховика за умови задоволення вимог Страховика щодо можливості страхування на момент поновлення.
- 8. Спеціальний Фонд Індексації**
- 8.1. Створення Спеціального Фонду Індексації:
 В доповнення до індексації Страхової Суми на випадок смерті згідно з Програмою страхування основних ризиків, це Положення має на меті збільшення виплати за Програмою страхування основних ризиків. Це досягається за допомогою виділення в управлінському обліку Страховика частини страхових резервів - Спеціального Фонду Індексації (надалі — "Фонд"), що спрямовується на індексацію Страхової Суми або Страхової Виплати в порядку, зазначеному в підпункті г) пункту 8.1 цього Положення. Фонд формується за рахунок таких показників:
 - Різниця, як визначено нижче;
 - сум, отриманих від інвестування коштів цього Фонду;
 - витрат та податків, пов'язаних із управлінням цим Фондом;
 та його розмір визначається шляхом збільшення та/або зменшення зазначених вище показників.
- а) Різниця:
 Різниця є частиною Збільшеної Страхової Премії, що спрямовується на збільшення Страхової Виплати та розраховується як різниця між сумою Збільшеної Страхової Премії та відповідною вартістю Збільшеної Страхової Суми на випадок смерті згідно із Програмою страхування основних ризиків.
- б) Інвестування коштів Фонду:
 Кошти Фонду є складовою частиною страхових резервів. Їх розміщення відбувається у складі страхових резервів згідно з Правилами розміщення страхових резервів із страхування життя.
 Страховик адмініструє Фонд на власний розсуд відповідно до своєї інвестиційної стратегії. Розмір Фонду збільшуватиметься один раз на рік на суму інвестиційного доходу, отриманого Страховиком від розміщення коштів Фонду в складі страхових резервів, відповідно до процедури, яка зазначена в пункті 20.1 Правил Страхування;
- в) Витрати на адміністрування Фонду:
 Витрати, які відносяться на управління Фондом, визначаються щорічно, однак Страховик залишає за собою право вираховувати суму витрат частіше. У цьому випадку модальна сума витрат не повинна перевищувати відповідну річну суму.
 Додатково до наведеного вище, Страховик залишає за собою право вираховувати з коштів Фонду будь-які податки відповідно до чинного законодавства України;
- г) Виплата коштів Фонду:
 Кошти з Фонду виплачуються Страховальнику, Застрахованій Особі, Вигодонабувачу або особі, що має право на одержання Страхової Виплати, разом зі Страховими Виплатами згідно з Програмою страхування основних ризиків та в порядку, передбаченому для зазначених вище Страхових Виплат. Тобто Страховик та Страховальник домовлялись, що в день настання Страхового Випадку або в день припинення дії Договору Страхування Страхова Сума збільшується на розмір Фонду станом на відповідну дату та кошти Фонду виплачуються Страховику/особі в складі Страхової Виплати.
 У разі дострокового припинення дії Договору Страхування, в тому числі дострокового припинення його дії через настання належної Страхової Премії Викуплена Сума, розрахована математично на день припинення Договору Страхування, збільшується на розмір Фонду за вирахуванням штрафу, розмір якого визначається згідно з Таблицею 1. Штраф за дострокове припинення дії Положення.
 У разі набуття Договором Страхування статусу Сп'яленого Договору Страхування, кошти Фонду (за вирахуванням штрафу, розмір якого визначається згідно з Таблицею 1. Штраф за дострокове припинення дії Положення) будуть сплачені Страховальнику в якості Викупленої Суми за дострокове припинення дії цього Положення з ініціатиивою Страховальника.

Таблиця 1. Штраф за дострокове припинення дії Положення

Строк дії після сплати першої збільшеної Страхової Премії (місяця)	Штраф (відсоток від коштів Фонду)
0 – 24	100%
25 – 36	5%
37 – 48	4%
49 – 60	3%
61 та більше	0%

- 9. Дата Початку дії цього Положення**
Датою Початку дії цього Положення є дата початку дії Програми страхування основних ризиків, зазначена у Страховому Полісі або у Договорі Страхування, якщо тільки це Положення не було включене в Договір Страхування та введене в дію пізніше. В такому випадку, датою початку дії цього Положення буде дата, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування.
- 10. Припинення права на застосування Положення**
Право на індексацію відповідно до цього Положення припиняється та будь-яка індексація в подальшому не здійснюється у разі, якщо:
10.1. Страховальник відмовився від двох індексацій, а Страховик не надав дозвіл на відновлення такого права згідно з п. 7.2 цього Положення;
10.2. Страховальник застосував положення про звільнення Страховальника від сплати Страхової Премії згідно з відповідними Програмами страхування додаткових ризиків, якщо вони передбачені у Договорі Страхування.
У випадку, передбаченому в п. 10.1 цього Положення, Збільшені Страхові Виплати та Збільшені Страхові Премії залишатимуться на тому ж рівні, який був до моменту відмови від індексації.
У випадку, передбаченому в п. 10.2 цього Положення, Збільшені Страхові Виплати та Збільшені Страхові Премії залишатимуться на тому ж рівні, який був до моменту виникнення права Застрахованої Особи на отримання Страхової Виплати згідно з відповідною Програмою страхування.
Збільшені Страхові Виплати або Збільшена Страхова Премія, які стали діючими після дати настання Страхового Випадку, не створюють Страховику будь-яких додаткових зобов'язань. Надлишок отриманої Страхової Премії повертається Страховальнику.
- 11. Припинення дії Положення**
Це Положення припиняється у таких випадках:
11.1. У разі смерті Застрахованої Особи;
11.2. У день припинення дії Програми страхування основних ризиків, який зазначено у Договорі Страхування;
11.3. Якщо має місце дострокове припинення дії Програми страхування основних ризиків з ініціативи Страховальника;
11.4. Якщо дія Програми страхування основних ризиків достроково припиняється через несплату належної Страхової Премії;
11.5. Якщо Програма страхування основних ризиків набуває статусу Сплаченого Договору Страхування, в такому разі розмір Збільшеної Страхової Суми, що підлягає виплаті у зв'язку зі смертю перераховується згідно з умовами набуття Сплаченого Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування.
- 12. Це Положення як частина Договору Страхування**
До цього Положення не застосовуються положення Правил страхування щодо:
12.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
12.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
12.1.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страховальника (стаття 14 Правил).
12.2. Положення Правил страхування щодо Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил) застосовується до цього Положення виключно в частині принципу нарахування інвестиційного дострокового бонусу до Страхової Суми за Програмою страхування додаткових ризиків.
12.3. Після настання Страхового Випадку за Програмою страхування основних ризиків Страховик має право відомитися вносити будь-які зміни до Договору Страхування.

Індекс. Положення про індексацію для Програм страхування додаткових ризиків ("Положення")

Додаток 1-17

- 1. Загальні умови**
1.1. Це Положення складає невід'ємну частину Договору Страхування, до якого його включено, та набуває чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цього Положення зазначені у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування.
- 2. Сфера дії Положення**
2.1. Головною метою дії цього Положення є захист Страхових Виплат згідно з Програмами страхування додаткових ризиків від можливих економічних ризиків в порядку та на умовах, описаних у цьому Положенні.
2.2. Страховик має право призупинити або не застосовувати індексацію щодо всіх або окремих чинних Договорів Страхування.
- 3. Індекс**
3.1. Індексація проводиться раз на рік шляхом збільшення Страхової Суми за Програмою страхування додаткових ризиків та відповідної Страхової Премії.
3.2. Ставка індексації, надалі "Індекс", визначається щорічно 31 жовтня та її базис ґрунтується на офіційному індексі інфляції, запланованому Державним комітетом статистики України або іншим уповноваженим органом державної влади України.
- 4. Визначення суми Збільшеної Страхової Суми за Програмою страхування додаткових ризиків**
4.1. Збільшення (Індексація) Страхових Сум за Програмами страхування додаткових ризиків відбувається раз на рік в кожну річницю дії Договору Страхування, максимально до десяти річниць дії Договору Страхування. Після індексації в десятю річницю дії Договору Страхування Страхові Суми за Програмами страхування додаткових ризиків не індексуються.
4.2. При здійсненні першої індексації Збільшена Страхова Сума за Програмою страхування додаткових ризиків визначається шляхом застосування ставки індексації до початково узгодженої Страхової Суми. В кожну наступну річницю дії Договору Страхування Збільшена Страхова Сума за Програмою страхування додаткових ризиків розраховується шляхом застосування ставки індексації до Збільшеної Страхової Суми за Програмою страхування додаткових ризиків за попередній рік.
4.3. Страховик листом інформує Страховальника про розмір Збільшеної Страхової Суми за Програмою страхування додаткових ризиків до настання дати кожної річниць дії Договору Страхування. Страхування набуває чинності з 00 годин 00 хвилин в дату річниць дії Договору Страхування за умови сплати Збільшеної Страхової Премії.
4.4. Окремо визначається, що збільшені Страхові Суми, які підлягають виплаті у зв'язку із госпіталізацією та хірургічним втручанням, визначаються Страховиком відповідно до збільшеної Страхової Премії та віку Застрахованої Особи на момент госпіталізації або хірургічного втручання.
- 5. Якщо Страховий Випадок має місце протягом Пільгового Періоду і при цьому Збільшена Страхова Премія, термін сплати якої настав, не була сплачена до дати настання Страхового Випадку, Страховик здійснить Страхову Виплату, виходячи з розміру Страхової Суми, чинної на день до дати річниць дії Договору Страхування.**
- 5. Визначення суми Збільшеної Страхової Премії**
5.1. Збільшення (Індексація) суми Страхової Премії відбувається раз на рік в кожну річницю дії Договору Страхування максимально до десяти річниць дії Договору Страхування. Після індексації в десятю річницю дії Договору Страхування Збільшена Страхова Премія не індексуються.
5.2. В момент здійснення першої індексації сума Збільшеної Страхової Премії визначається шляхом застосування ставки індексації до початково узгодженої суми Страхової Премії. В кожну наступну річницю дії Договору Страхування збільшена сума Страхової Премії визначається шляхом застосування ставки індексації до суми Збільшеної Страхової Премії за попередній рік.
5.3. Якщо сума Збільшеної Страхової Премії є недостатньою для забезпечення відповідної Збільшеної Страхової Суми за Програмою страхування додаткових ризиків у зв'язку із прив'язкою Страхової Премії до віку Застрахованої Особи, розмір Страхової Суми за Програмою страхування додаткових ризиків буде зменшений до рівня, який покривається Страховою Премією, що буде зазначено у Додатку до Договору Страхування, або Страховик збільшить Страхову Премію до рівня, який відповідає збільшенню Страхової Суми за Програмою страхування додаткових ризиків.
- 6. Право відмови від індексації**
6.1. Страховальник має право відомитися від збільшення суми Страхової Премії та Страхової Суми, направивши відповідну письмову заяву, тільки у річницю дії Договору Страхування та тільки стосовно всіх складових частин Договору Страхування.
6.2. Страховальник має право відомитися щодо двох індексацій, після чого право на індексацію може бути припинено.
6.3. Право на індексацію може бути поновлене за згодою Страховика та за умови підтвердження здатності особи мати статус Страховальника.
- 7. Дата Початку дії цього Положення**
7.1. Датою Початку дії цього Положення є дата початку дії Договору Страхування, якщо тільки це Положення не було включене в Договір Страхування та введене в дію пізніше. В такому випадку, датою Початку дії цього Положення буде дата, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування.
- 8. Припинення права на застосування Положення**
8.1. Право на індексацію згідно з цим Положенням припиняється та будь-яка індексація в подальшому не здійснюється у разі, якщо:
8.1.1. Страховальник відмовився від двох індексацій, а Страховик не надав дозвіл на відновлення такого права;
8.1.2. Страховальник застосував положення про звільнення Страховальника від сплати Страхової Премії згідно з відповідними Програмами страхування додаткових ризиків, якщо вони передбачені у Договорі Страхування.
8.2. У випадку, передбаченому в пункті 8.1.1 цього Положення, Збільшена Страхова Сума та Збільшені Страхові Премії залишатимуться на тому ж рівні, який був до моменту відмови від індексації.
8.3. У випадку, передбаченому в пункті 8.1.2 цього Положення, Збільшена Страхова Сума та Збільшені Страхові Премії залишатимуться на тому ж рівні, який був до моменту виникнення права Застрахованої Особи на отримання Страхової Виплати згідно з відповідною Програмою страхування додаткових ризиків.
- 9. Припинення дії Положення**
9.1. Припинення дії Договору Страхування;
9.2. Припинення дії всіх програм страхування додаткових ризиків, до яких застосовується це Положення;
9.3. Після десяти річниць дії Договору Страхування;
9.4. У разі смерті Застрахованої Особи.
- 10. Це Положення як частина Договору Страхування**
10.1. До цього Положення не застосовуються положення Правил страхування щодо:
10.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
10.1.2. Умов призупинення сплати Страхової Премії (стаття 6 Правил);
10.1.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страховальника (стаття 14 Правил);
10.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил).
10.2. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25 до Правил) не застосовується до цього Положення.
10.3. Після настання Страхового Випадку за відповідною Програмою страхування додаткових ризиків Страховик має право відомитися вносити будь-які зміни до Договору Страхування.

LCР **Програма страхування основних ризиків**
Програма добровільного страхування життя "Життя Плюс"
("Програма")

1. Договір Страхування

- 1.1. Ці спеціальні умови Програми добровільного страхування життя "Життя Плюс", згідно з якими між Вами та Приватним акціонерним товариством "МетЛайф" укладено Договір Страхування, є додатком до Правил добровільного страхування життя та разом з ними, Страховими Полісами, Заявкою на укладання Договору добровільного страхування життя та програмою "Життя Плюс" і всіма додатками до них та будь-якими іншими Вашими письмовими заявами та повідомленнями складають та є невід'ємними частинами Договору Страхування, укладеного між Вами та Нами. Будь ласка, уважно прочитайте цей документ, оскільки він пояснює умови Вашого Договору Страхування. Якщо Ви не розумієте будь-якої її частини або положення цієї Програми, Вам необхідно звернутися до Нашого Головного Офісу.
- 1.2. За умови повної та своєчасної сплати належних Страхових Премій Договорі Страхування, укладений на умовах цієї Програми, забезпечує здійснення Страхових Виплат, зазначених у відповідних пунктах Програми. Зокрема, Вам необхідно звернутися увагу на такі пункти цього документа: "Визначення термінів", "Страхові Виплати", "Виключення та обмеження страхового відшкодування", "Повідомлення про страховий випадок та подання заяви на здійснення Страхування".
- 1.3. Строк дії Договору Страхування:

Договір Страхування набуває чинності з 30 грудня 00 години за київським часом дати, зазначеної у Вашому Страховому Полісі як Початок дії Договору Страхування, та за звичайних умов діє до 24 грудня 00 години за київським часом дати, зазначеної у Вашому Страховому Полісі як Закінчення дії Договору Страхування, або раніше згідно з умовами пункту 7 Програми: "Примінення дії Договору Страхування"; з врахуванням умов пункту 1.4. - "Сплата Страхових Премій".

1.4. Сплата Страхових Премій:

Страхування Премія сплачується протягом всього строку дії Договору Страхування до в кожну річницю Дати сплати щорічної Страхової Премії, зазначеної у Вашому Страховому Полісі. Проте, дозволяється сплата Страхової премії частіше, ніж один раз на рік, рівними частинами відповідно до умов Правил. Вам надяється 30-денний Пільговий період для сплати кожної Страхової Премії. Якщо до кінця Пільгового періоду Страхове Премію не сплачено, нами застосовуються умови статті 6 Правил. Під час розгляду та врегулювання Вашої заяви на здійснення Страхової Виплати щодо Страхових Випадків, що сталися протягом Пільгового періоду, всі несплачені вчасно Страхові Премії будуть враховуватись із Страхової Виплати.

2. Визначення термінів:

- 2.1. Визначення термінів Програми наведені нижче термини будуть вживатись і мати такі значення:
- 2.1.1. Відгоднабувач (Вигодонабувач) - особа (особи, призначена(и) Вами для отримання Страхових Виплат за Договором Страхування.
- 2.2. Страхова Сума - грошова сума, в межах якої Ми відповідно до умов страхування зобов'язані провести Страхову Виплату у разі настання Страхового Випадку.
- 2.3. Страховий Випадок - подія, передбачена Договором Страхування, яка відбулася протягом строку дії Вашого Договору Страхування, і з настанням якої виникає Наш обов'язок здійснити Страхову Виплату Вам або третій особі. Для цієї Програми Страховими Випадками визнаються події, що сталися в проміжок часу після дати Початку дії Договору Страхування та перед датою Закінчення дії Договору Страхування, а саме:
- 2.3.1. Ваша смерть внаслідок Нещасного випадку;
- 2.3.2. діагностика у Вас з одного з таких критичних захворювань: Рак, Перший Інфаркт Міокарда, Інсульт, Ішемічна Хвороба Серця, що вимагає хірургічного лікування, Ниркова Недостатність, Трансплантація Життєво Важливих Органів або Сліпота згідно з визначеннями цих захворювань, наведеними далі в цій Програмі.
- 2.3.4. Ваш залишок життя, але не сплатених Страхових Премій.
- 2.3.5. Ваш залишок життя, але не сплатених Страхових Премій.
- 2.4. Дата випуску Страхового Поліса - зазначена в Страховому Полісі дата, в яку Страховий Поліс було випущено. Дата випуску Страхового Поліса може бути пізнішою, ніж дата Початку дії Договору Страхування.
- 2.5. Початок дії Договору Страхування - дата, зазначена в Страховому Полісі, з якої Договір Страхування набирає чинності.
- 2.6. Закінчення дії Договору Страхування - дата, зазначена в Страховому Полісі, з якої Договір Страхування втрачає чинність.
- 2.7. Страхова Премія - плата за страхування, яку Ви зобов'язані внести нам згідно з Договором Страхування. Розмір Страхової Премії залежить від Вашого віку, статі, розміру Страхової Суми, зазначеної в Страховому Полісі.
- 2.8. Ви/Ваші та всі інші відмінки цих застрахованих - Застрахована Особа, зазначена в Страховому Полісі. Для цієї цієї Програми Застрахована Особа та Страхувальник є однією і тією самою особою.
- 2.9. Ми/Наші та всі інші відмінки цих застрахованих - Приватне акціонерне товариство "МетЛайф", Страховик, що надає страхові послуги.

3. Страхові Виплати:

- 3.1. Якщо з Вами до дати Закінчення дії Договору Страхування в період дії Вашого Договору Страхування стався Страховий Випадок, ми виплатимо:
- 3.1.1. Страхову Виплату у Страхову Виплату на випадок смерті (СВ) у розмірі Страхової Суми, зазначеної в Страховому Полісі, у разі Вашої смерті до дати Закінчення дії Договору Страхування. Страхова Виплата на випадок смерті зменшується на суму всіх належних, але не сплачених Страхових Премій.
- 3.1.2. Відгоднабувачеві - Страхову Виплату на випадок смерті внаслідок Нещасного випадку (АВ) у розмірі Страхової Суми, зазначеної у Страховому Полісі, у разі Вашої смерті внаслідок Нещасного випадку (згідно з визначенням, наведеним нижче) до дати Закінчення дії Договору Страхування. Зазначена Страхова Виплата (АВ) буде здійснена додатково до Страхової Виплати на випадок смерті (СВ).
- 3.1.3. Вам - Страхову Виплату на випадок критичного захворювання (СЗ) у розмірі Страхової Суми, зазначеної у Страховому Полісі, після одержання належних письмових доказів, які є достатніми та переконливими для нас, які свідчать, що у Вас вперше діагностовано один з таких станів: Рак, Перший Інфаркт Міокарда, Інсульт, Ішемічна Хвороба Серця, що вимагає хірургічного лікування, Ниркова Недостатність, Трансплантація Життєво Важливих Органів або Сліпота (згідно з визначеннями, наведеними нижче), не раніше ніж через 90 днів після дати Початку дії Договору Страхування та до дати Закінчення дії Договору Страхування. Страхова Виплата на випадок критичного захворювання зменшується на суму всіх належних, але не сплачених Страхових Премій.
- 3.1.3.1. Страхова Виплата на випадок критичного захворювання буде здійснюватись лише один раз та у випадку, якщо Ви залишитеся живим щонайменше протягом 30 (тридцяти) днів після встановлення діагнозу або проведення операції.

3.1.3.1. Рак: Злоякісна пухлина, що характеризується неконтрольованим ростом та розповсюдженням злоякісних клітин, що супроводжується інвазією та деструкцією нормальної тканини та її руйнуванням. Цей діагноз має бути підтверджений результатами гістологічного дослідження та засвідчений лікарем-онкологом або лікарем-патологом. Наведені нижче є виключеннями:

- 1) Пухлини, гістологічно опані як доброякісні, передракові або неінвазивні, carcinoma-in-situ, прикордонні, з низьким злоякісним потенціалом, або інші, що відповідають класу Та за чинною класифікацією TNM;
- 2) Будь-який рак шкіри, що не поширився за межі епідермісу; за виключенням меланоми;
- 3) Рак передміхурової залози, за винятком історично віднесеного до типу, більшого за 6 за класифікацією Глісона, або такого, що прогресує в прийнятній до класу T2N0M0 за класифікацією TNM;
- 4) Папілярна мікросаркома щитовидної залози без інвазії за межі органу.

3.1.3.2. Перший Інфаркт Міокарда:

- Серцевий напад (інфаркт міокарда) - некротична частина серцевого м'язу, що виникає через закупорку однієї з коронарних артерій внаслідок атеросклерозу, спазму, тромбу або емболії. Цей діагноз підтверджується наявністю принаймні трьох з наведених нижче критеріїв:
- 1) Гострі прояви та ознаки, клінічно прийнятні для діагностування інфаркту міокарда; та
- 2) Свіжі зміни на електрокардіограмі (ЕКГ), що свідчать про наявність зміни сегмента ST (підйом або зниження) або зміни зубця T, або патологічного Q, або блокади лівої ніжки пучка Гіса; та
- 3) Дані достовірного візуального методу дослідження, що свідчать про наявність нового ураження життєздатного серцевого м'язу або місцеве порушення рухомості стінки серця;
- 4) Виявлення внутрішньо коронарного тромбозу на ангіографії.
- Діагноз має бути підтверджено висновком лікаря-кардіолога.

3.1.3.3. Інсульт:

- Перший випадок гострого цереброваскулярного стану, що спричинив незворотний некротизм тканини головного мозку через порушення мозкового кровообігу або крововилив, що спричинив наведені нижче:
- 1) Неврологічні симптоми, які клінічно прийнятні для діагностування інсульту;
- 2) Наявність постійних неврологічних порушень, які підтверджуються лікарем-неврологом не менш ніж через 3(три) місяці після виплату;
- 3) Дані магнітно-резонансної томографії, комп'ютерної томографії або іншого достовірного візуального методу дослідження, що відповідають діагнозу нового інсульту.

- 1) Транзиторні ішемічні атаки;
- 2) Захворювання судин з ураженням ока або зорового нерву;
- 3) Повторний крововилив за вже наявного цереброваскулярного стану;
- 4) Безсимптомний інсульт, виявлений під час візуального методу дослідження.

3.1.3.4. Ішемічна Хвороба Серця, що вимагає хірургічного лікування:

Фактично перенесене порожнечне хірургічне втручання з метою корекції зруження або перекриття однієї або кількох коронарних артерій за допомогою аорто-коронарного обшування. Цей діагноз має бути підтверджений ангіографічними ознаками значної обструкції коронарної артерії та процедура має бути визначена консультантом-кардіологом як "за медичними показаннями". Ангіопластика та всі інші внутрішньоартеріальні, катетерні методи, ендоскопічні та лазерні процедури є виключеннями.

3.1.3.5. Ниркова Недостатність

Хронічна незворотна недостатність функції обох нирок, що вимагає постійного гемодіалізу або трансплантації нирки, що має бути підтверджено висновком лікаря-нефролога. Гостра зворотна ниркова недостатність, що потребує тимчасового гемодіалізу, є виключенням.

3.1.3.6. Трансплантація Життєво Важливих Органів

Незворотна недостатність серця, легень, шлону нирки, підшлункової залози або будь-якої комбінації цих органів, за якої лікарі було визначено медичну необхідність заміни органу(-ів) шляхом передачі цілого органу (-ів) від людини-донора, незалежно від того, чи таку передачу було здійснено одразу, чи Застраховану Особу було внесено до переліку осіб, що очікують на трансплантацію; або незворотна недостатність печінки, за якої лікарі було визначено медичну необхідність заміни цілого органу або його частини шляхом передачі цілого органу або його частин від людини-донора, незалежно від того, чи таку передачу було здійснено одразу, чи Застраховану Особу було внесено до переліку осіб, що очікують на трансплантацію.

3.1.3.7. Трансплантація інших органів, їхніх частин, тканин або клітин є виключенням.

3.1.3.7. Сліпота

Повна, клінічно підтверджена та невідносна втрата зору на обидва ока внаслідок хвороби або Нещасного випадку. Сліпота має бути підтверджена висновком лікаря-офтальмолога та не підлягати корекції за допомогою медичних процедур або інших засобів.

3.1.4. Страхове Премію (WP) за Вас (ми звільнюємо Вас від сплати Страхової Премії), якщо Ви в результаті тілесного ушкодження або захворювання стаєте Повністю та Постійно Непрацездатним (визначення, наведеними нижче), і така неприцездатність триває щонайменше 180 (сто вісімдесят) днів, а на кінець такого оцінювального періоду така неприцездатність вважатиметься повною, постійною та безперервною. Ми звільнюємо Вас від сплати чергової Страхової Премії за Договором Страхування, термін сплати якої настане після дати початку Повної та Постійної Непрацездатності.

Альцгеймера/Тяжка деменція, Фульмінантний гепатит, Первинна легенева гіпертензія, Смертельна невиліковна хвороба, Доброякісна пухлина головного мозку, Енцефаліт, Поліомієліт, Бактеріальний менингіт, Тяжка травма голови, Алаїчний синдром, Інші тяжкі захворювання коронарних артерій, Склеродермія, що прогресує, Системний червоночлений вочак з глобус-нефритом.

3. Визначення

3.1. В даній Програмі використовуються такі визначення:

3.1.1. Рак:

Злоякісна пухлина, що характеризується неконтрольованим ростом та розповсюдженням злоякісних клітин, що супроводжується інвазією та деструкцією нормальної тканини та її руйнуванням. Цей діагноз має бути підтверджений результатами гістологічного дослідження та засвідчений лікарем-онкологом або лікарем-патологом.

Наведене нижче є виключенням:

- 1) Пухлини, гістологічно описані як доброякісні, передракові або неінвазивні, сарцинома-in-situ, природноні, з низьким злоякісним потенціалом, або інші, що відповідають класу Та за чинною класифікацією TNM;
- 2) Будь-який рак шкіри, що не поширюється за межі епідермісу, за виключенням меланоми;
- 3) Рак передміхурової залози, за винятком історично віднесеного до типу, більшого за 6 за класифікацією Глісона, або такого, що прогресував принаймні до класу T2N0M0 за класифікацією TNM;
- 4) Папілярна мікрокарцинома щитовидної залози без інвазії за межі органу;

3.1.2. Перший інфаркт Міокарда:

Серцевий напад (інфаркт міокарда) – некроз частини серцевого м'язу, що виникає через закупорку однієї з коронарних артерій внаслідок атеросклерозу, спазму, тромбу або емболії. Цей діагноз підтверджується наявністю принаймні трьох з наведених нижче критеріїв:

- 1) Гострі прояви та ознаки, клінічно прийнятні для діагностування інфаркту міокарда; та
 - 2) Свіжі зміни на електрокардіограмі (ЕКГ), що свідчать про наявність зміни сегмента ST (підйом або зниження) або зміни зубця T, або патологічного Q, або блокади лівій ніжки пучка Гіса; та
 - 3) Дані достовірного візуального методу дослідження, що свідчать про наявність нового ураження життєздатного серцевого м'язу або місцеве порушення рухомості стінки серця; та
 - 4) Виявлення внутрішньокоронарного тромбозу на ангіографії.
- Діагноз має бути підтверджено висновком лікаря-кардіолога.
- Усі інші форми гострих коронарних синдромів є виключенням.

3.1.3. Інсульт:

Перший випадок гострого цереброваскулярного стану, що призвів до незворотного некрозу тканини головного мозку через порушення мозкового кровообігу або крововиливу, що спричиняє наведені нижче:

- 1) Неврологічні симптоми, клінічно прийнятні для діагностування інсульту;
 - 2) Наявність постійних неврологічних порушень, які підтверджуються лікарем-неврологом не менш ніж через 3 (три) місяці після випадку;
 - 3) Дані магнітно-резонансної томографії, комп'ютерної томографії або іншого достовірного візуального методу дослідження, що відповідають діагнозу нового інсульту.
- Такі стани є виключенням:

- 1) Транзиторні ішемічні атаки;
- 2) Захворювання судин з ураженням ока або зорового нерву;
- 3) Повторний кроковий інсульт за вже наявного цереброваскулярного стану;
- 4) Безсимптомний інсульт, виявлений під час візуального методу дослідження.

3.1.4. Коронарне шунтування:

Фактично перенесене протягом дії Програми хірургічне втручання з розкриттям грудної клітки з метою корекції звуження або закупорки однієї або кількох коронарних артерій методом шунтування. Цей діагноз має бути підтверджений ангіографічними даними значної обструкції коронарної артерії, та процедура має бути призначена лікарем-кардіологом за медичними показаннями. Ангіопластика та всі інші внутрішньоартеріальні малонавантажувальні втручання, ендоскопічні та лазерні процедури є виключенням.

3.1.5. Ниркова недостатність:

Хронічна незворотна недостатність функції обох нирок, що викликає постійного гемодіалізу або трансплантації нирки, що має бути підтверджено висновком лікаря-нефролога. Гостра зворотна ниркова недостатність, що потребує тимчасового гемодіалізу, є виключенням.

3.1.6. Апластична анемія:

Хронічне, стійке ураження кісткового мозку, що викликає анемію, нейтропенію та тромбоцитопенію та вимагає лікування хоча б одним з таких методів:

- 1) Переливання препаратів крові;
- 2) Використання стимуляторів кісткового мозку;
- 3) Використання імуносупресорів;
- 4) Трансплантація кісткового мозку.

Застрахована Особа має отримувати лікування протягом принаймні 3 (трьох) послідовних місців.

Діагноз має бути підтверджено біопсією кісткового мозку та висновком лікаря-гематолога. При цьому мають бути наявні 2 (два) з 3 (трьох) таких показників:

- 1) Абсолютна кількість нейтрофілів менша за 500 на куб. мм;
- 2) Абсолютна кількість ретикулоцитів менша за 20 000 на куб. мм;
- 3) Кількість тромбоцитів менша за 20 000 на куб. мм.

3.1.7. Сліпота (Втрата зору):

Повна, клінічно підтверджена та невідновна втрата зору на обидва ока внаслідок хвороби або Нещасного випадку. Сліпота має бути підтверджена висновком лікаря-офтальмолога та не підлягає корекції за допомогою медичних процедур або інших засобів.

3.1.8. Термінальна стадія захворювання легень:

Термінальна стадія захворювання легень, що спричиняє хронічну дихальну недостатність, підтверджена висновком лікаря-пульмонолога та відповідає всім наведеним нижче критеріям:

- 1) Стійке зниження об'єму форсованого видиху на першій секунді (ФОВ1, FEV1) до значення менше ніж 1 літр. Вимірювання має відбутися 3 рази із інтервалом в 1 (один) місяць); та
- 2) Постійна підтримуюча оксигенотерапія для корекції гіпоксії; та
- 3) Рівень парціального тиску кисню артеріальної крові 55 мм ртутного стовпчика або менше (PaO2 755 мм рт. ст.).

3.1.9. Термінальна стадія печінкової недостатності:

Постійна та незворотна печінкова недостатність, що підтверджена висновком лікаря-гастроентеролога та спричинила все наведене нижче:

- 1) Постійна жовтяниця; та
- 2) Асцит; та
- 3) Печінкова енцефалопатія.

Вторинна печінкова недостатність, що зумовлена зловживанням алкоголю або наркотичних речовин є виключенням.

3.1.10. Кома:

- Кома це стан відсутності реакції на зовнішні подразники або внутрішні потреби принаймні протягом 96 (дев'яноста шести) годин поспіль. Цей діагноз має бути підтверджено необхідністю застосування заходів для підтримання життєдіяльності (інтубація та механічна вентиляція легенів).

3.1.11. Глухота (втрата слуху):

Повна та невідновна втрата слуху на обидва вуха внаслідок Нещасного випадку або хвороби. Цей діагноз має бути підтверджений результатами аудіометрії або тестів на визначення звукового поругу (sound - threshold tests), засвідчений висновком лікаря - оториноларинголога (ЛОП - лікаря) та не підлягає корекції за допомогою медичних процедур або інших засобів.

3.1.12. Хірургічне втручання на серцевому клапані:

Фактично перенесене хірургічне втручання на відкритому серці з метою заміни або усунення дисфункції серцевого клапану.

Вальвотомія, ендоскопічні та подібні процедури є виключенням.

3.1.13. Втрата мовлення:

Повна та незворотна втрата здатності розмовляти як результат травми або захворювання голосових зв'язок. Має бути встановлено, що нездатність розмовляти триває безперервно протягом 6 (шести) місців. Цей діагноз має бути підтверджено висновком лікаря - оториноларинголога (ЛОП - лікаря), та не підлягає корекції за допомогою медичних процедур або інших засобів.

3.1.14. Масивні опіки:

Глибокі опіки з ураженням всіх шарів шкіри ступенів 3Б або 4 (або третього чи четвертого ступеню за міжнародною шкалою тяжкості опіків), які займають не менше 20% поверхні тіла Застрахованої Особи. Діагноз має бути підтверджено лікарем відповідної спеціалізації.

Наведене нижче є виключенням:

- опіки ступеня 3Б (або третього ступеню за міжнародною шкалою тяжкості опіків), спричинені Застрахованою Особою самою собою;
- опіки 1, 2 та 3А ступенів (або першого та другого ступенів за міжнародною шкалою тяжкості опіків).

3.1.15. Трансплантація життєво важливих органів:

Незворотна недостатність серця, легень, підшлункової залози, цілої нирки, або будь-якої комбінації цих органів, за якої лікарем було визначено медичну необхідність заміни органу(-ів) шляхом передачі цілого органу (-ів) від людини-донора, незалежно від того, чи таку передачу було здійснено одразу, чи Застрахованою Особою було внесено до переліку осіб, що очікують на трансплантацію; або незворотна недостатність печінки, за якої лікарем було визначено медичну необхідність заміни цілого органу або його частини шляхом передачі цілого органу або його тканин від людини-донора, незалежно від того, чи таку передачу було здійснено одразу, чи Застрахованою Особою було внесено до переліку осіб, що очікують на трансплантацію.

Трансплантація інших органів, їхніх частин, тканин або клітин є виключенням.

3.1.16. Розсіяний склероз

Достовірно виявлення розсіяного склерозу, підтверджено усім наведеним нижче:

- 1) Наявність клінічного порушення моторної та сенсорної функцій, що безперервно триває протягом принаймні 6 (шести) місців; та
- 2) Дані магнітно-резонансної томографії, що засвідчують наявність принаймні 2 (двох) осередків заміни нервової тканини на сполучну у головному або спинному мозку, характерну для розсіяного склерозу; та
- 3) Належним чином задокументовані принаймні 2 (два) загострення та принаймні 2 (дві) ремісії названих симптомів та неврологічних дефіцитів в анамнезі.

Інші випадки неврологічних порушень, пов'язаних з ВІЛ - інфекцією або з СЧВ (системний червоночлений вочак), є виключеннями.

3.1.17. Параліч (втрата функції кінцівок):

Повна та тривата втрата функції принаймні 2 (двох) кінцівок внаслідок травми або захворювання. Цей стан має бути підтверджений відповідними неврологічними показниками та тривати принаймні 6 (шість) місців.

Лікар-невролог має надати висновок, що параліч є постійним без можливості одужання.

- Ушкодження, завдані самому собі, частковий параліч, тимчасовий післявірусний параліч, параліч, спричинений психологічними станами, є виключенням.
- 3.1.18. Хвороба Паркінсона:
Чітко встановлений лікарем-неврологом діагноз хвороби Паркінсона ідеопатичного походження за наявності принаймні двох з таких симптомів:
- закладність м'язів;
- тремор;
- брадихінезія (аномальна повільність руху, повільність фізичних та розумових реакцій).
Цей діагноз має бути підтверджено:
1) Ознаками погіршення, що прогресує; та
2) Неспроможністю Застрахованої Особи виконувати (за допомогою або без) принаймні 3 (три) з 6 (шістьох) "видів щоденної життєдіяльності" протягом не менше 6 (шести) місяців.
Види щоденної життєдіяльності:
- Миття - здатність митися у ванні або душі (включаючи можливість увійти в та вийти з ванни або душі) або миття належної якості за допомогою інших засобів;
- Вдягання - спроможність безпечно надіти та зняти, послабити (розстібнути, розв'язати) усі предмети одягу та, як належно, усі застібки, штучні кінцівки та інші хірургічні пристосування;
- Пересування - здатність пересуватися від ліжка до стільця або інвалідного візка і навпаки;
- Мобільність - здатність рухатися в приміщенні з кімнати до кімнати рівними поверхнями;
- Відвідування туалету - здатність користуватися туалетом або інше контролювати функції кишкового та сечового міхура так, щоб підтримувати задовільний рівень особистої гігієни;
- Харчування - здатність приймати їжу самостійно за умови її готовності та досяжності.
- Паркінсонізм, викликаний наркотичними речовинами або отруєнням, є виключенням.
- 3.1.19. Хірургічне втручання на аорті:
Фактично перенесене хірургічне втручання з метою корекції аневризми, звуження, обструкції або розшарування аорти за допомогою хірургічного отвору в грудній клітці або черевній порожнині. З метою визначення, під терміном маються на увазі грудна та черевна частини аорти, але не її гілки.
Малоінвазивні або внутрішньоартеріальні методики є виключенням.
- 3.1.20. Хвороба Альцгеймера/тяжка деменція:
Чітко встановлений діагноз хвороби Альцгеймера за наявності усіх таких симптомів та умов:
1) Втрата розумових здібностей із порушенням пам'яті та розумових операцій (встановлення послідовності, планування, підсумовування тощо), що призводить до істотного зниження розумових і соціальних здібностей; та
2) Зміна особистості; та
3) Поступове та постійне зниження когнітивних функцій; та
4) Типові результати нейропсихологічних досліджень та достовірні візуальні методи діагностики (комп'ютерна томографія тощо); та
5) Необхідність цілодобового щоденного догляду за Застрахованою Особою (у віці до 65 років); та
6) Неспроможністю Застрахованої Особи користуватися телефоном, здійснювати покупки, управляти фінансами; та
7) Неспроможністю Застрахованої Особи виконувати (за допомогою або без) принаймні 3 (три) з 6 (шістьох) "видів щоденної життєдіяльності" протягом не менше 6 (шести) місяців.
Види щоденної життєдіяльності:
- Миття - здатність митися у ванні або душі (включаючи можливість увійти в та вийти з ванни або душі) або миття належної якості за допомогою інших засобів;
- Вдягання - спроможність безпечно надіти та зняти, послабити (розстібнути, розв'язати) усі предмети одягу та, як належно, усі застібки, штучні кінцівки та інші хірургічні пристосування;
- Пересування - здатність пересуватися від ліжка до стільця або інвалідного візка і навпаки;
- Мобільність - здатність рухатися в приміщенні з кімнати до кімнати рівними поверхнями;
- Відвідування туалету - здатність користуватися туалетом або інше контролювати функції кишкового та сечового міхура так, щоб підтримувати задовільний рівень особистої гігієни;
- Харчування - здатність приймати їжу самостійно за умови її готовності та досяжності.
Діагноз та необхідність догляду мають бути підтверджені лікарем-неврологом.
- Наведене нижче є виключенням:
1) Інші форми деменції через розлади роботи мозку або інші системні розлади або психіатричні стани;
2) Ушкодження головного мозку, пов'язані зі вживанням алкоголю або наркотичних речовин.
- 3.1.21. Фульмінтний гепатит:
Субмасивний або масивний некроз печінки викликаний вірусом гепатиту, що приводить до стрімкого розвитку печінкової недостатності. Цей діагноз має бути підтверджений усім з перерахованого нижче:
1) Стріме зменшення розміру печінки;
2) Некроз із запаленням цих часточок, що залишає тільки ретикулярну строму, що спалася;
3) Стріме погіршення функціональних тестів печінки;
4) Прогресуюча жовтяниця;
5) Печінкова енцефалопатія.
- 3.1.22. Первинна легенева гіпертензія:
Первинне підвищення тиску у легеневій артерії, яке не можна пояснити, що спричиняє ознаки гіпертензії та недостатності у правих відділах серця. Діагноз має бути підтверджено високим лікарем-кардіологом або спеціаліста з респіраторної медицини та принаймні 3 (трьома) з наведених нижче показників, а також результатами катеризації порожнини серця.
1) Тиск в легеневій артерії 30 мм рт. ст. або вище;
2) ЕКГ ознаки гіпертрофії правої половини серця (зубець R у відведенні V1 та зубець S у відведенні V5 > 1.05 мВ/ RV1 та SV5 > 1.05 мВ);
3) Зменшення концентрації кисню крові у стані спокою;
4) Збільшення діаметру правого шлуночка > 30 мм за результатами ЕхоКГ.
Легенева гіпертензія внаслідок захворювання легень, хронічної гіпервентиляції, тромбоемболії легеневої артерії, захворювання лівих відділів серця, вроджених хвороб серця, вживання алкоголю або наркотичних речовин є виключенням.
- 3.1.23. Смертельні хвороби:
Заключіння діагнозу хвороби, яка очікувано призводить до смерті Застрахованої Особи протягом 12 місяців.
Цей діагноз має бути підтверджений фахівцем та засвідчений лікарем-консультантом, призначеним Страхувачем.
- 3.1.24. Доброякісна пухлина головного мозку, яка є загрозою для життя, видалена хірургічним шляхом або, якщо неоперабельна, що призвела до постійного неврологічного дефіциту. Наявність пухлини має бути засвідчена лікарем-неврологом або нейрохірургом, а також підтверджена результатами магнітно-резонансної томографії (МРТ), комп'ютерної томографії (КТ) або інших достовірних візуальних методів діагностики.
Наведене нижче є виключенням:
- Кисті;
- Гранульоми;
- Судинні мальформації;
- Гематоми;
- Пухлини гіпофіза або спинного мозку.
- 3.1.25. Енцефаліт:
Тяжке запалення речовини головного мозку (півкулі головного мозку, мозкового стовбура або мозочку), що викликане вірусною інфекцією та призводить до постійного неврологічного дефіциту. Цей діагноз має бути засвідчений лікарем-неврологом, а також постійний неврологічний дефіцит має бути задокументований щонайменше 3 (трьох) місяців.
Енцефаліт, викликаний ВІЛ-інфекцією, бактеріальною або протозойною інфекцією, є виключенням.
- 3.1.26. Поліомієліт:
Виявлення поліомієліту, що відповідає наведеним нижче умовам:
1) Вірус поліомієліту визначено причиною захворювання; та
2) Наявність паралічу м'язів кінцівок або дихальних м'язів, що триває щонайменше 3 (три) місяці.
- 3.1.27. Бактеріальний менингіт:
Бактеріальна інфекція, що призводить до тяжкого запалення оболонок головного мозку або спинного мозку, результатом якого є виражений незворотний та постійний неврологічний дефіцит. Неврологічний дефіцит має безперервно тривати не менше 3 (трьох) місяців. Цей діагноз має бути підтверджено:
1) Наявністю бактеріальної інфекції в спинномозковій рідині при люмбальній пункції;
2) Високим лікарем-неврологом.
- 3.1.28. Бактеріальний менингіт за наявності ВІЛ-інфекції, асептичний, вірусний менингіт, неінфекційний менингіт, та менингіт, що викликається паразитами, є виключенням.
Тяжка травма голови:
Травма голови внаслідок нещасного випадку, що призводить до постійного неврологічного дефіциту, який має бути оцінений не раніше ніж через 3 (три) місяці від дати настання нещасного випадку. Цей діагноз має бути засвідчений лікарем-неврологом і підтверджений одночасними результатами магнітно-резонансної томографії (МРТ), комп'ютерної томографії (КТ) або іншими достовірними візуальними методами діагностики.
Нещасний випадок має бути спричинений виключно та безпосередньо випадковими, насильницькими, зовнішніми і очевидними засобами та бути незалежним від всіх інших причин.
Наявною має бути також постійна неспроможність Застрахованої Особи виконувати (за допомогою або без) принаймні 3 (три) з 6 (шістьох) "видів щоденної життєдіяльності".
Види щоденної життєдіяльності:
- Миття - здатність митися у ванні або душі (включаючи можливість увійти в та вийти з ванни або душі) або миття належної якості за допомогою інших засобів;
- Вдягання - спроможність безпечно надіти та зняти, послабити (розстібнути, розв'язати) усі предмети одягу та, як належно, усі застібки, штучні кінцівки та інші хірургічні пристосування;
- Пересування - здатність пересуватися від ліжка до стільця або інвалідного візка і навпаки;
- Мобільність - здатність рухатися в приміщенні з кімнати до кімнати рівними поверхнями;
- Відвідування туалету - здатність користуватися туалетом або інше контролювати функції кишкового та сечового міхура так, щоб підтримувати задовільний рівень особистої гігієни;
- Харчування - здатність приймати їжу самостійно за умови її готовності та досяжності.
Наведене нижче є виключенням:

- 1) Травма спинного мозку;
2) Ушкодження голови, завдане Застрахованою особою самою собі.
- 3.1.29. Апіланчій синдром;
Розповсюдженій некроз кори головного мозку з непошкодженим стовбуром головного мозку. Цей діагноз має бути чітко підтверджений лікарем-неврологом профільного медичного закладу. Тривалість цього стану не менше 1 (одного) місяця має бути підтверджена медичними документами.
- 3.1.30. Інші тяжкі захворювання коронарних артерій:
Звуження просвіту як мінімум однієї коронарної артерії не менш ніж на 75% та двох інших не менш ніж на 60%, що підтверджено результатами коронарної артеріографії, незалежно від того, чи були виконані будь-які інші втручання на коронарній артерії.
В даному випадку під коронарною артерією мається на увазі ліва коронарна артерія, ліва передня низхідна, опінгална та права коронарна артерія.
Діагноз має бути підтверджено усіма наведеними нижче умовами:
1) Обмеження фізичної активності; та
2) Депресія сегмента ST не менше ніж на 2 мм в 2 (двох) відведеннях при ЕКГ з навантаженням; та
3) Порушення скоротливості не менш ніж двох сегментів серцевого м'язу, при виконанні стрес-ЕКГ.
- 3.1.31. Склеродермія, що прогресує:
Системне судинно-кальцинеозне захворювання, що викликає дифузійний фіброз шкіри, кровоносних судин та внутрішніх органів, що прогресує. Цей діагноз має бути безсумнівно та однозначно підтверджений результатами біопсії та серологічних тестів, а сама хвороба має досягти системного розповсюдження із залученням серця, легенів або нирок.
Наведено нижче як виключення:
1) Вогнищева склеродермія (лінійна склеродермія або кільцеподібна склеродермія (Морфея));
2) Еозинофільний фасцит;
3) CREST-синдром.
- 3.1.32. Системний червоний вовчак з ліопус-нефритом:
Полісистемне, поліартикулярне, аутоімунне захворювання, яке характеризується утворенням ауто-антібоді до власної ниркової тканини. В умовах цієї Програми системний червоний вовчак обмежений такими формами системного червоного вовчака, які протікають з залученням нирок (з III по V клас ліопус-нефриту, який підтверджений результатами біопсії нирки і відповідає класифікації ВООЗ).
Включений діагноз має бути зазначений сертифікованим лікарем-ревматологом або лікарем-імунологом, або лікарем-нефрологом.
Класифікація ліопус-нефриту за ВООЗ:
Клас I: Ліопус-гломерулонефрит з мінімальними змінами;
Клас II: Мезангіальний ліопус-гломерулонефрит;
Клас III: Фокальний сегментарний проліферативний ліопус-гломерулонефрит;
Клас IV: Дифузний проліферативний ліопус-гломерулонефрит;
Клас V: Мембранозний ліопус-гломерулонефрит.
- 4. Розміри Страхової Виплати та Період Очікування**
- 4.1. Страхова Виплата здійснюється згідно з умовами цієї Програми в розмірі Страхової Суми, зазначеної в Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страховання.
4.2. Страхова Виплата здійснюється тільки якщо Застрахована Особа є живою протягом 30 (тридцяти) календарних днів після:
4.2.1. дати асирення операції з заворувань, зазначеної в пунктах 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3, 3.1.5, 3.1.6, 3.1.7, 3.1.8, 3.1.9, 3.1.10, 3.1.11, 3.1.13, 3.1.14, 3.1.16, 3.1.17, 3.1.18, 3.1.20, 3.1.21, 3.1.22, 3.1.23, 3.1.24, 3.1.25, 3.1.26, 3.1.27, 3.1.28, 3.1.29, 3.1.30, 3.1.31, 3.1.32 цієї Програми; або
4.2.2. дати проведення хірургічного втручання у зв'язку з хворобами, зазначеними в пунктах 3.1.4, 3.1.12, 3.1.15, 3.1.19 цієї Програми.
Обов'язковою умовою здійснення Страхової Виплати є виникнення симптомів захворювання після 90 днів з дати початку або дати поновлення дії цієї Програми (тобто після закінчення Періоду Очікування).
В разі виникнення одного чи декількох захворювань/станів або проведення операцій, зазначених в п. 4.2 цієї Програми, одночасно або послідовно Страхова Виплата буде здійснюватися один раз в розмірі Страхової Суми, зазначеної для цієї Програми в Договорі Страховання.
4.3. У разі смерті Застрахованої Особи належна їй за умовами цієї Програми, але не одержана нею Страхова Виплата буде здійснена Вигодонабувачам, визначеним у Завві або пізніше протягом дії Договору Страховання, які будуть живими на момент здійснення Страхової Виплати. Частку Вигодонабувача, який не буде живим на дату здійснення Страхової Виплати, буде сплачено спадкоємцям таємного Вигодонабувача, встановленим згідно з законодавством України. Якщо на момент здійснення Страхової Виплати жоден з Вигодонабувачів не буде живим (або Вигодонабувачів не визначені), Страхову виплату буде здійснено спадкоємцям Застрахованої Особи з урахуванням норм законодавства, чинних на момент здійснення виплати.
- 5. Виключення із Страхових Випадків**
- 5.1. Додатково до статті 4 "Виключення із Страхових Випадків та обмеження страхування" Правил Страхова Виплата за цією Програмою не буде здійснюватися в разі, якщо хвороба прямо або опосередковано спричинена:
5.1.1. Завданням Застрахованою Особою собі тілесних ушкоджень;
5.1.2. Скоєнням, спробою або спонуканням Застрахованою Особою вининити образу словами або погрозу фізичним насильством, насильством, зґвалтуванням, будь-яким іншим злочинним актом, порушенням законності, порушенням громадської спокою і порядку;
5.1.3. Вживанням ліків, не призначених лікарем, алкогольним сп'янінням, вживанням наркотичних речовин;
5.1.4. ВІЛ-інфекцією, Синдромом Набутого Імунodefіціту (СНІД), ВІЛ-асоціованим комплексом;
5.1.5. Радіаційним опроміненням, ядерною реакцією, радіоактивним ураженням;
5.1.6. Отруєнням, вдиханням отруйних газів, парів та інших речовин, окрім випадкового отруєння чадним газом під час пожеги;
5.1.7. Причинами, обставинами, станом здоров'я або захворюваннями, що існували до початку дії цієї Програми.
- 6. Розміри страхових виплат (премії), вікової групи та страхової тарифи**
- 6.1. Страхова Премія встановлюється Страховиком з урахуванням обраного Варіанту переліку страхових випадків, зазначеного в п. 2.1 Програми, розміру Страхової Суми, строку дії Програми, періоду страхування та віку Застрахованої Особи.
6.2. Страхові Тарифи цієї Програми протягом періоду страхування залежать від Типу Страхового Тарифу, обраного Варіанту переліку страхових випадків, віку Застрахованої Особи на момент укладання та на кожний конкретний рік дії Договору Страховання.
6.3. Для цієї Програми встановлено такі вікові групи: 0 (від 3 місяців)-17, 18-25, 26-30, 31-35, 36-40, 41-45, 46-50, 51-55, 56-60, 61-64. Страхові Тарифи за цією Програмою не змінюються для Застрахованої Особи протягом періоду їх віднесення за фактичним віком до певної вікової групи з урахуванням умов п.6.5 Програми.
6.4. Для страхування на умовах цієї Програми може бути обраний один з таких Типів Страхових Тарифів:
6.4.1. На 1 (один) рік;
6.4.2. На 5 (п'ять) років;
6.4.3. На 10 (десять) років;
6.4.4. До досягнення віку 65 (шістдесят п'ять) років - Страховий Тариф, визначений на день початку дії цієї Програми, дійсний до кінця періоду страхування;
6.4.5. До досягнення віку 21 (двадцять один) рік - Страховий Тариф, визначений на день початку дії цієї Програми, дійсний до наступної річниці дії Програми після досягнення Застрахованою Особою віку 21 (двадцять один) рік.
6.5. Фактичний вік Застрахованої Особи та страховий тариф. Протягом угодженого періоду страхування розмір Страхового Тарифу збільшується в залежності від фактичного віку Застрахованої Особи таким чином:
6.5.1. Якщо при укладанні Договору Страховання застосовується Страховий Тариф на 1 (один) рік згідно з п.6.4.1 Програми, то він збільшується на річницю дії цієї Програми, що настає після переходу Застрахованої Особи в наступну вікову групу;
6.5.2. Якщо при укладанні Договору Страховання застосовується Страховий Тариф на 5 (п'ять) років згідно з п. 6.4.2 Програми, то він підвищується на кожну 5 (п'ять) річницю дії цієї Програми до розміру, що встановлений для тієї вікової групи, яка відповідає фактичному віку Застрахованої Особи;
6.5.3. Якщо при укладанні Договору Страховання застосовується Страховий Тариф на 10 (десять) років згідно з п. 6.4.3 Програми, то він підвищується на кожну 10 (десять) річницю дії цієї Програми до розміру, що встановлений для тієї вікової групи, яка відповідає фактичному віку Застрахованої Особи;
6.5.4. Розмір Страхового Тарифу до 65 (шістдесят п'ять) річного віку згідно з п. 6.4.4 Програми визначається одноразово залежно від віку Застрахованої Особи на дату початку дії цієї Програми;
6.5.5. Розмір Страхового Тарифу до досягнення віку 21 (двадцять один) рік згідно з п. 6.4.5 Програми визначається одноразово залежно від віку Застрахованої Особи на дату початку дії цієї Програми. Фактичний вік Застрахованої Особи при цьому не має перевищувати 17 (сімнадцять) років.
6.6. Додатково до положень пунктів 6.1-6.5 цієї Програми Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою протягом або у разі поновлення її дії. Зміна ґрунтуватиметься на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного довіду Страховика. Зміна набуватиме чинності з річниці дії Договору Страховання. Страховик має право відносити від такій суми протягом тридцяти днів. Якщо Страховиком відмовляється прийняти зміни, або розмір сплаченої нею Страхової Премії віднімається від розміру встановленого після таких змін, Страховик має право достроково припинити дію Програми з дати чергової річниці її дії шляхом письмового повідомлення Страховальника.
- 7. Письмова заява про настання Страхового Випадку**
- 7.1. Повідомлення про настання подій, зазначених в пунктах 2.1.1, 2.1.2 та 2.1.3 цієї Програми, повинно бути надано Страховикові в письмовій формі протягом 60 (шістдесят) днів з дати встановлення відповідного діагнозу або дати проведення хірургічної операції у зв'язку з відповідними хворобами. В цихль цієї Програми таке письмове повідомлення буде вважатись належним за умови, що воно надано разом з документами, на підставі яких Застрахована Особа може бути ідентифікована. Вся інформація, що вимагається Страховиком для ухвалення рішення щодо здійснення Страхової Виплати, повинна бути надана протягом 60 (шістдесят) днів з дати встановлення діагнозу або з дати виплиски у випадку госпіталізації.
7.2. Якщо Застрахована Особа не надає необхідну інформацію без поважних на це причин протягом часу, встановленого в пункті 7.1 цієї Програми, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової Виплати.
- 8. Медичне обстеження**
- При розгляді заяви на одержання Страхової Виплати Страховик має право направити Застраховану Особу на медичне обстеження/огляд за власний рахунок. Якщо Застрахована Особа відмовляється пройти медичне обстеження або наданих нею медичних документів недостатньо для підтвердження факту настання Страхового Випадку через значний час, що пройшов з моменту настання Страхового Випадку, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової Виплати за цією Програмою.
- 9. Строк дії Програми**
- 9.1. Дана Програма починає діяти за умови, що Страхова Премія за цією Програмою була сплачена, з 00 годин 00 хвилини за київським часом дня, зазначеного в Договорі Страховання як дата початку дії договору.
9.2. Програма автоматично припиняє діяти:
9.2.1. На дату, зазначену в Договорі Страховання як дата закінчення дії Програми;
9.2.2. На дату дострокового припинення дії Програми страхування основних ризиків або набуття Договором Страховання статусу Спільного Договору Страховання;
9.2.3. В разі несплати Страхової Премії протягом Пильового Періоду;
9.2.4. На дату річниці дії Програми, що слідує за 65-річчям Застрахованої Особи;
9.2.5. Після здійснення Страхової Виплати за цією Програмою протягом 10 (десяти) років.
9.3. Будь-яка з Сторін має право припинити дію цієї Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення, а такому випадку Програма припиняє діяти о 24 годині 00 хвилини за київським часом визначеної дати припинення.

- 9.4. Програма також припиняє діяти в інших випадках, передбачених законодавством України.
- 9.5. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової Премії припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком зобов'язання повернення Страховальнику, відповідно до чинного законодавства України, незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення цієї Програми. Сплата будь-яких сум грошових коштів (Страхових Премій) або їх прийняття після припинення дії Програми не призводить до виникнення у Страховика будь-якої відповідальності, за винятком відповідальності з їх повернення.
- 10. Надання непершої інформації**
- 10.1. Особа, зобов'язана повністю та чесно заповнити Заяву на укладання Договору Страхування та відповісти чесно та в повному обсязі на всі письмові питання Страховика, що містяться в Заяві на укладання Договору Страхування або в заяві на поновлення надання страхових послуг.
- 10.2. Будь-який обман, подання свідомо неправдивих відомостей, їх приховування в Заяві на укладання Договору Страхування, заяві на розширення переліку страхових випадків за існуючим Договором Страхування або в заяві на поновлення надання страхових послуг є підставою для відмови Страховика у здійсненні Страхових Виплат. Договір Страхування, укладений на підставі такої заяви, припиняє свою дію визнається недійсним з дати початку дії Програми або з дати поновлення надання страхових послуг відповідно. В такому разі будь-які зобов'язання Страховика обумовлені зобов'язаннями повернути Страхові Премії з початку дії Програми або поновлення надання страхових послуг за вирішуваними будь-яких зобов'язань Страховальника за Договором Страхування.
- 10.3. В разі з'ясування Страховиком після отримання заяви на одержання Страхової Виплати, що причиною Страхового Випадку був факт, подія, обставина, про яку Страховик не дізнався через навмисно неправдиву інформацію, неправдиві свідчення, приховування даних в Заяві про Страхування, заяві на розширення переліку Страхових Випадків за чинним Договором Страхування або в заяві на поновлення надання страхових послуг, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової Виплати, для Програми негайно достроково припиняється та Страховик зобов'язаний повернути незароблену премію (якщо така є).
- 10.4. Однак якщо Програма безперервно дієла протягом 2 (двох) послідовних років з дня початку дії Програми або дня відновлення надання страхових послуг, Страховик не буде оспорювати дієність Програми
- 11. Невідповідність віку Застрахованої Особи**
- Якщо з'ясується, що вік Застрахованої Особи відрізняється від віку, зазначеного в Договорі Страхування, то Страхова Сума буде скоригована пропорційно до різниці між сплаченою Страховою Премією та належною Страховою Премією. Якщо фактичний вік Застрахованої Особи на початок дії Програми не відповідав вимогам Страховика щодо можливості страхування, Страховик має право припинити дію Програми згідно з вимогами законодавства.
- 12. Прийняті положення**
- 12.1. До цієї Програми не застосовуються положення Правил щодо:
- 12.1.1. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
- 12.1.2. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);
- 12.1.3. Кредиту. Умов надання кредиту (пункт 20.4 Правил);
- 12.1.4. Самоушкода (пункт 4.4 Правил).
- 12.2. Положення про індексацию для Програм страхування додаткових ризиків (Додаток 1-17) та Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25) не застосовуються для цієї Програми.

Додаток 1-21

**FC Програма страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок критичного захворювання жіночого органу
("Програма")**

- 1. Загальні положення**
- 1.1. Положення цієї Програми страхування додаткових ризиків (надалі - Програма) складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включена така Програма, та вибирають чинність тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми зазначені у Страховому Полісі або Додатку до Договору Страхування.
- 1.2. Згідно з цією Програмою Застрахована Особа є фізичною особою, правдиве ім'я та по батькові якої зазначаються у Страховому Полісі або у Додатку до Договору Страхування на письмовому вимгу Страховальника, що здійснена в момент подання Заяви про Страхування або пізніше протягом дії Договору Страхування.
- 1.3. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії, розмір та строк сплати якої зазначається у Договорі Страхування.
- 1.4. Якщо інше не передбачено Договором Страхування, Страховик здійснює Страхову Виплату Застрахованій Особі відповідно до умов цієї Програми та незалежно від будь-яких інших Страхових Виплат згідно з умовами Договору Страхування.
- 2. Визначення**
- 2.1. Термін "пацієнт" використовується у Договорі Страхування для визначення особи, яка згідно з даними медичної карти стаціонарного хворого відповідно до стандартів надання медичної допомоги (згідно зі встановленим діагнозом) безперервно перебувала в лікарні в якості стаціонарного хворого протягом не менше ніж 24 (двадцять чотирьох) години.
- 2.2. Термін "лікарня" використовується у Договорі Страхування для визначення медичного закладу, який:
- 2.2.1. має ліцензію на надання медичної допомоги та здійснення лікування (якщо така ліцензія вимагається законодавством);
- 2.2.2. призначений в основному для надання стаціонарної медичної допомоги хворим;
- 2.2.3. здійснює щодобовою сестринський догляд кваліфікованими медсестрами та має хоча б одного ліцензованого та кваліфікованого (дипломованого та сертифікованого) лікаря; має в наявності обладнання для діагностики та проведення хірургічного втручання в своїх приміщеннях або в інших пристосованих для цього приміщеннях, орендованих на договірних засадах;
- 2.2.5. не є медсестринським відділенням лікарні, денним стаціонаром, а також відділенням з надання допомоги пристарилым або вдиужуочим, де пацієнт отримує головним чином медсестринську допомогу, а також не є за спеціалізацією наркологічним диспансером, будинком відпочинку, санаторієм, профілакторієм, медсестринським або геронтологічним відділенням чи реабілітаційним відділенням тощо;
- 2.2.6. не є місцем проживання Застрахованої Особи або стаціонаром на дому.
- 2.3. Термін "хвороба" або "захворювання" використовується у Договорі Страхування для визначення зміни стану фізичного здоров'я Застрахованої Особи, яка сталася з нею вперше після початку дії цієї Програми та Періоду Очікування.
- 2.4. Термін "кваліфікований лікар" використовується у Договорі Страхування для визначення кваліфікованого (дипломованого та сертифікованого) випускника вищого медичного навчального закладу, який не є Застрахованою Особою або членом її сім'ї, діє у межах своїх посадових обов'язків та своєї ліцензії, виданої на здійснення лікарської діяльності з лікування тлесних захворювань або захворювань, які призвели до Страхового Випадку відповідно до цієї Програми.
- 2.5. Термін "критичне захворювання" використовується у Договорі Страхування для визначення раку.
- 2.6. Термін "рак" використовується у Договорі Страхування для визначення злоякісного організму, яка характеризується неконтрольованим ростом та поширенням злоякісних клітин з інвазією у нормальну тканину жіночого органу, якщо це не є прямим наслідком метастаз або раку інших органів, які є місцем локалізації первинної пухлини. В цілях цієї Програми до даного поняття не включаются пухлини, які гістологічно означені як доброякісні або неінвазивні, або пухлини з ознаками локалізації змін у вигляді саркома-in-situ або карцинома-in-situ, але не об'єктами TN10M карциному та карциномою молочної залози менше 2 см в діаметрі, дисплазією шийки матки CIN-1, CIN-2 або CIN-3 та, також усі пухлини за наявності ВПЛ-інфекції.
- 2.7. Термін "жіночий орган" у Договорі Страхування включає молочні залози, піхву, шийку матки, матку, фаллопієві (матові) труби та яєчники.
- 2.8. Терміни "діагноз"/"діагностування"/"встановлення діагнозу" використовуються у Договорі Страхування для визначення заключного діагнозу, встановленого кваліфікованим лікарем (згідно з вичененим визначенням) та підтвердженого гістологічним висновком, який свідчить про те, що Застрахована Особа має захворювання, що є Страховим Випадком за цією Програмою. На вимгу Страховика Страховальник зобов'язаний пройти за рахунок Страховика медичне обстеження у кваліфікованого лікаря, визначеного Страховиком.
- 2.9. Термін "медичні стани, що ігнорували до початку дії Договору Страхування" використовується у Договорі Страхування для визначення захворювань, симптомів, патологічних станів або тлесних ушкоджень, які були наявні у Застрахованої Особи та/або щодо якої Застрахована Особа консультувалася у кваліфікованого лікаря, проходила медичне обстеження або будь-який курс чи форму лікування, або була госпіталізована перед початком дії Договору Страхування, або перед відновленням надання страхових послуг.
- 3. Перелік Страхових Випадків та умови здійснення Страхової Виплати**
- 3.1. Згідно з цією Програмою Страхові Випадки є подія, яка відбулася, і з настанням якої виникне обов'язок Страховика здійснити Страхову Виплату, а саме:
- 3.1.1. Рак жіночого органу Застрахованої Особи, який було вперше діагностовано протягом дії цієї Програми;
- 3.1.2. Розлад здоров'я Застрахованої Особи у зв'язку з раком жіночого органу, який призвів до госпіталізації Застрахованої Особи.
- Для визнання розладу здоров'я Застрахованої Особи, що призвів до її госпіталізації, Страховим Випадком згідно з п.3.1.2 цієї Програми, такий розлад здоров'я має бути прямим наслідком раку жіночого органу, який було вперше діагностовано протягом дії цієї Програми.
- 3.2. Розміри Страхових Сум зазначено в Страховому Полісі або відповідному Додатку до Договору Страхування.
- 3.3. Страхову Виплату у розмірі Страхової Суми, встановленій на випадок раку жіночого органу (п.3.1.1. цієї Програми), розмір якої зазначено в Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування та після Періоду Очікування, зазначеного в пункті 7 Програми. Така Страхова Виплата здійснюється тільки один раз, якщо встановлено діагноз "рак".
- 3.4. Страховик також здійснює Страхову Виплату у розмірі Страхової Суми, встановленій на випадок розладу здоров'я Застрахованої Особи у зв'язку з раком жіночого органу, який призвів до госпіталізації (п.3.1.2 цієї Програми), розмір якої зазначено у Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування за кожен день госпіталізації, починаючи з 1 (першого) дня та до 30 (тридцяти) днів включно.
- Страхова Виплата здійснюється виключно за період госпіталізації, що мала місце впродовж першого року після настання Страхового Випадку, зазначеного у п.3.1.1 цієї Програми, та до дати закінчення дії цієї Програми.
- 3.5. За Програмою встановлюється Страхова Сума на випадок перебування Застрахованої Особи у відділенні реабілітації та інтенсивної терапії лікарні згідно з загальноприйнятним визначенням такого відділу, яка дорівнює Страховій Сумі на випадок госпіталізації, зазначеній у Страховому Полісі або Додатку до Договору Страхування, та сплачується додатково до Страхової Виплати на випадок госпіталізації.
- 3.6. Послідовне перебування Застрахованої Особи у лікарні (госпіталізації) у зв'язку з раком жіночого органу (п. 3.1.1 Програми) вважаються одним Страховим Випадком за п. 3.1.2 Програми, якщо такі госпіталізації мали місце протягом 12 місяців з дати діагностування раку жіночого органу. В такому випадку Страховик здійснить Страхову Виплату за період таких госпіталізації, але не більше ніж за 30 днів загалом.
- 3.7. Страховик також здійснить Шомісячну Страхову Виплату, розмір якої зазначено в Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування. Шомісячна Страхова Виплата буде виплачуватися протягом 12 (дванадцяти) місяців з моменту діагностування раку, як визначено у п.3.1.1 цієї Програми. Обов'язково передумовою здійснення Шомісячної Страхової Виплати є той факт, що Застрахована Особа залишається живою. Якщо Застрахована Особа помирає, здійснення Шомісячної Грошової Страхової Виплати припиняється.
- 3.8. Страховик має право призначати та організовувати медичне обстеження Застрахованої Особи кваліфікованим лікарем, визначеним Страховиком.
- 3.9. Здійснення Страхової Виплати у розмірі Страхової Суми для відновлення Страхового Випадку, а також здійснення Шомісячних Страхових Виплат, у розмірі, зазначеному в Страховому Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування, звільняє Страховика від подальших зобов'язань, пов'язаних із таким Страховим Випадком або його наслідками.
- 3.10. Страховик має право зменшити розмір Страхової Виплати за цією Програмою будь-як здійснюється за умови, що Страховий Випадок настав протягом дії Договору Страхування та в період надання страхових послуг, та Страхову Виплату зменшено за умови Договору Страхування.
- 3.11. Страховик має право зменшити розмір Страхової Виплати за Програмою страхування основних ризиків на суму Шомісячних Страхових Виплат, якщо такі виплати були здійснені після смерті Застрахованої Особи, та за умови, що Застрахована Особа не мала права на отримання таких виплат відповідно до умов цієї Програми.

- 4. Початок припинення дії Програми**
- 4.1. Датою початку дії цієї Програми є дата початку дії Програми страхування основних ризиків, передбаченої Договором Страхування, якщо тільки ця Програму не було введено в дію та включено до Договору Страхування пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування. Ця Програма припиняє дію в разі припинення дії Програми страхування основних ризиків, передбаченої Договором Страхування, або, в разі укладання Договору групового страхування, припиняє дію щодо відповідної Застрахованої Особи в день, коли вона перестала відповідати вимогам Страхівки щодо можливості бути застрахованою, якщо це відбувається раніше.
- 4.2. Припинення дії цієї Програми не впливає на розгляд заяви про здійснення Страхівки Виплат та на здійснення Страхівки Виплат за Страхівками Випадками, які сталися до дати припинення дії цієї Програми.
- 4.3. Ця Програма також припиняє дію о 24 години 00 хвилин за Київським часом дати річниці дії цієї Програми, що настає одразу після досягнення Застрахованою Особою віку 65 (шістдесят п'ять) років, якщо інше не передбачено у Договорі Страхування.
- 4.4. Будь-яка зі Сторін має право припинити цю цю Програму, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення, в такому випадку програма припиняє дію о 24 години 00 хвилин за київським часом визначеної дати припинення.
- 4.5. Ця Програма припиняє дію з обов'язками Страхівки припиняється в разі виконання всіх передархованих нижче умов:
- 4.5.1. Здійснення Страхівки Виплати у розмірі Страхівки Сума, встановленої на випадок раку жіночого органу Застрахованої Особи;
- 4.5.2. Здійснення Шимській Страхівки Виплати протягом 12 місяців за умови, що Застрахована Особа залишається живою.
- 4.5.3. Додатково до статті 18 Правил дія цієї Програми припиняється:
- 4.5.4. Якщо Страхова Премія, термін сплати якої настав, не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового Періоду;
- 4.5.5. Якщо Договір Страхування, до якого включено цю Програму, набув статусу Служебного Договору Страхування, як передбачено відповідною статтею Правил, або мало місце дострокове припинення дії Договору Страхування за ініціативи Страховальника, або її дію припинено з інших підстав;
- 4.5.6. Якщо Застраховану Особу визнано недієздатною у встановленому порядку.
- 4.6. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхівки Премії припиняється, і зобов'язання Страхівки за цією Програмою припиняються, за винятком зобов'язання повернення Страховальнику, відповідно до чинного законодавства України, незаробленої частини додаткової Страхівки Премії за період, який починається з моменту припинення дії Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхівки Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом Страхівкою Премією, термін сплати якої настав після дати припинення дії цієї Програми.
- 5. Виключення із Страхівки Виплати обмеження страхування**
- 5.1. Додатково до статті 4 "Виключення із Страхівки Виплат та обмеження страхування" Правил не визнаються Страхівким Випадком та Страхова Виплата не здійснюються за подіями, прямо або непрямо, частково або повністю спричиненими таким, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:
- 5.1.1. Вроджені аномалії та їх наслідки і стани, що з них походять;
- 5.1.2. Хвороби жіночих органів та їх наслідки, що існували до початку дії Програми та до закінчення Періоду Очікування;
- 5.1.3. Хвороби, спричинені косметичними засобами або пластичною хірургією (імплочний залоз);
- 5.1.4. Захворювання, спричинені хворобами, що передаються статевим шляхом;
- 5.1.5. Профілактичні, періодичні, щорічні обов'язкові, інші обмеження або перевірки стану здоров'я, коли відсутні об'єктивні ознаки погіршення нормального стану здоров'я за результатами таких обстежень, лабораторних досліджень або рентгенівського обстеження, крім ознак непрацездатності, виявлених під час медичних обстежень, що проводились раніше;
- 5.1.6. Лікування хвороб, спричинених алкогольною або наркотичною залежністю, або будь-які розлади психіки та нервової системи, або перебування в санаторіях;
- 5.1.7. Лікування в етапах одужання або першій курсі відновного лікування в реабілітаційних центрах, центрах здоров'я або оздоровчих закладах, бальнеологічних (періодичні курси відновного лікування) та подібних закладах;
- 5.1.8. Будь-яке захворювання та/або стан, прямо або непрямо спричинений ВІЛ (Вірусом Імунодефіциту Людини) (ВІЛ) або Синдрому Імунодефіциту Людини, або ВІЛ-асоційованого комплексу, або будь-яких мутацій або типів ВІЛ;
- 5.1.9. Будь-яка бактеріальна інфекція (за виключенням гнійної інфекції, що виникла внаслідок випадкового порізу або поранення).
- 6. Письмова заява про настання Страхівки Виплати**
- 6.1. Письмову заяву має бути надано Страховиком якнайшвидше, але в будь-якому випадку протягом 60 (шестидесяти) днів з дати настання події, що може бути підставою подання заяви на отримання Страхівки Виплати за цією Програмою.
- 6.2. Всі довідки, інформація та підтверджені матеріали повинні бути надані Страховику у такій формі та такого характеру, які він вимагає. Застрахована Особа зобов'язана на вимогу Страховика пройти за його рахунок медичне обстеження щодо хвороби (захворювання).
- Застрахована Особа зобов'язана якнайшвидше після настання хвороби (захворювання) звернутися за консультацією до кваліфікованого лікаря та дотримуватись його рекомендацій. Страховик не відповідальний за будь-які наслідки від недотримання Застрахованою Особою рекомендацій та призначення кваліфікованого лікаря або незастосування методів або ліків, призначених їм. В такому разі Страховик не буде здійснювати Страхівку Виплати.
- 6.3. Довідка з зазначенням точного діагнозу, виписка (епікриз) з медичної карти стаціонарного хворого, що вкладає дані анамнезу, результати всіх обстежень, документи щодо перенесених операцій, оригінал медичної карти амбулаторного хворого повинні бути надані Страховику. За необхідності Страховик має право вимагати від Застрахованої Особи надати документи на підтвердження того, що Страховий Випадок не був спричинений жодною з обставин, зазначених у пп. 5.1.1-5.1.9. Ця умова є обов'язковою для виконання Страховиком свого зобов'язання.
- 7. Умови здійснення Страхівки Виплати**
- 7.1. Обов'язковою умовою здійснення Страхівки Виплати є виникнення симптомів захворювання після 3 (трьох) місяців з дати початку дії цієї Програми або дати відновлення надання страхових послуг.
- 7.2. Страхова Виплата здійснюється тільки за умови, що Застрахована Особа залишається живою щонайменше протягом 30 (тридцяти) днів з дати встановлення діагнозу.
- 8. Інші умови**
- Страховальник та Застрахована Особа зобов'язані давати достовірні та повні відповіді на запитання Страховика, поставлені у Заяві про страхування. Навмисне невиконання цього обов'язку може призвести до припинення дії Договору Страхування Страховиком, відмови у здійсненні Страхівки Виплат або зменшення розміру Страхівки Виплат.
9. Розміри Страхівки Премії, вікові групи та страхові тарифи
- 9.1. Страхова Премія встановлюється Страховиком з урахуванням розміру Страхівки Суми та віку Застрахованої Особи.
- 9.2. Страхові Тарифи цієї Програми протягом періоду страхування залежать від віку Застрахованої Особи на момент укладання та на кожний конкретний рік дії Договору Страхування. Для цієї Програми встановлено такі вікові групи: 25, 26-30, 31-35, 36-40, 41-45, 46-50, 51-55, 56-60, 61-64. Страхові Тарифи за цією Програмою не змінюються для Застрахованої Особи протягом періоду їх віднесення за фактичним віком до певної вікової групи з урахуванням умов пункту 9.5 Програми.
- 9.3. Для страхування на умовах цієї Програми може бути обраний один з таких Типів Страхівки Тарифів:
- 9.3.1. На 5 (п'ять) років;
- 9.3.2. На 10 (десять) років;
- 9.3.3. До досягнення віку 65 (шістдесят п'ять) років - Страховий Тариф, визначений на день початку дії цієї Програми, дійсний до кінця періоду страхування.
- 9.4. Фактичний вік Застрахованої Особи та страховий Тариф. Протягом узгодженого періоду страхування розмір Страхівки Тарифу збільшується залежно від фактичного віку Застрахованої Особи таким чином:
- 9.4.1. Якщо під час укладання Договору Страхування застосовується Страховий Тариф на 5 (п'ять) років згідно з п. 9.3.1 Програми, то він підвищується на коняку 5 (п'ять) річниці дії цієї Програми до розміру, що встановлений для тієї вікової групи, яка відповідає фактичному віку Застрахованої Особи;
- 9.4.2. Якщо під час укладання Договору Страхування застосовується Страховий Тариф на 10 (десять) років згідно з п. 9.3.2 Програми, то він підвищується на кожну 10 (десять) річницю дії цієї Програми до розміру, що встановлений для тієї вікової групи, яка відповідає фактичному віку Застрахованої Особи;
- 9.4.3. Розмір Страхівки Тарифу до 65 (шістдесят п'ять) річного віку згідно з п. 9.3.3 Програми визначається одноразово залежно від віку Застрахованої Особи на початок дії цієї Програми.
- 9.5. Додатково до положень пунктів 9.2-9.4 цієї Програми Страховик має право змінювати розмір Страхівки Премії за цією Програмою протягом або у разі поновлення її дії. Зміна ґрунтується на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного досвіду Страховика. Зміна набуває чинності з річницю дії цієї Програми. Страховальник має право відмовитись від таких змін протягом тридцяти днів. Якщо Страховальник відмовляється прийняти зміни, або розмір сплаченої ним Страхівки Премії відрізняється від розміру, встановленого після таких змін, Страховик має право достроково припинити дію Програми з дати чергової річниці її дії шляхом письмового повідомлення Страховальника.
- 10. Прикінцеві положення**
- 10.1. До цієї Програми не застосовуються положення Правил щодо:
- 10.1.1. Одноразової Страхівки Премії (пункт 5.3 Правил);
- 10.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Служебного Договору Страхування (Пункт 6.6 Правил);
- 10.1.3. Виключення щодо війни (пункт 4.1.1 Правил);
- 10.1.4. Права на Негарантований Bonus (пункт 20.1 Правил);
- 10.1.5. Порядку здійснення Страхівки Виплат (Додаток 1-25 до Правил).

Додаток 1-22

PR1 Програма страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок Нещасного випадку з прогресивною виплатою
("Програма")

- 1. Загальні положення**
- 1.1. Положення цієї Програми страхування додаткових ризиків "Страхування на випадок постійної непрацездатності внаслідок Нещасного випадку з прогресивною виплатою" (надалі - Програма) складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включено таку Програму, та набирають чинності тільки в тому випадку, якщо подано та/або назва цієї Програми зазначено у Страхівку Полісі або в Додатку до Договору Страхування.
- 1.2. Згідно з цією Програмою Застрахованою Особою є фізична особа, прізвище, ім'я та по батьковій якої зазначаються у Страхівку Полісі або в Додатку до Договору Страхування на письмову вимогу Страховальника, що здійснена в момент подання Заяви про Страхування або пізніше протягом дії Договору Страхування.
- 1.3. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхівки Премії. Розмір Страхівки Премії зазначається у Страхівку Полісі або у відповідному Додатку до Договору Страхування.
- 1.4. У разі настання Страхівки Виплати за цією Програмою здійснюється Страхівка Виплату за цією Програмою на користь Застрахованої Особи, якщо інше не передбачено Договором Страхування.
- 1.5. Будь-які Страхівки Виплати за цією Програмою здійснюються незалежно від будь-яких інших Страхівки Виплат згідно з Договором Страхування.
- 2. Визначення термінів**
- 2.1. В цій Програмі наведені нижче терміни матимуть такі значення:
- 2.1.1. Базова Сума - грошова сума, яка зазначена у Страхівку Полісі або в Додатку до Договору Страхування та яка використовується для розрахунку Страхівки Суми та Страхівки Виплати згідно з умовами цієї Програми;
- 2.1.2. Страхова Сума - грошова сума, в межах якої здійснюється Страхова Виплата згідно з умовами цієї Програми. Страхова Сума за цією Програмою встановлюється в розмірі 250% або 500% від Базової Суми залежно від обраної шкали прогресивності. Розмір Страхівки Суми зазначається у Страхівку Полісі або в Додатку до Договору Страхування.

3. **Страховий Випадок та Страхова Виплата**
- 3.1. Страховий Випадок згідно з цією Програмою є Постійна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку за умови, що така Постійна Непрацездатність стався протягом 365 днів після дати Нещасного випадку, який зумовив таку Постійну Непрацездатність, та тривав протягом решти життя такої Застрахованої Особи.
- 3.2. Постійна Непрацездатність визначається за допомогою спеціальної Таблиці Видів Втрат. Страховий збиток Страхової Виплати, які розраховуються згідно з Таблицею Прогресивності залежно від часток втрати, визначених за Таблицею Видів Втрат для конкретної непрацездатності, - до 250% або 500% від Базової Суми за визначеною шкалою прогресивності.
- 3.3. Розмір Страхових Виплат на випадок Постійної Непрацездатності внаслідок випадків, які не зазначені у наведеній нижче Таблиці Видів Втрат, розраховується відповідно до їх серйозності у порівнянні з тими випадками, що зазначені у Таблиці Видів Втрат, при цьому не береться до уваги професія чи місце роботи Застрахованої Особи.
- 3.4. Загальна сума Страхових Виплат, яка сплачується через настання декількох видів втрат внаслідок одного Нещасного випадку, розраховується шляхом додавання різних сум, але загальний розмір не повинен перевищувати Страхової Суми, зазначеної у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування.
- 3.5. Якщо стан Застрахованої Особи погіршується через недбалість Застрахованої Особи або її відмову отримати необхідну медичну допомогу, то сума належних Страхових Виплат розраховується не відповідно до реальних наслідків Нещасного випадку, що стався із Застрахованою Особою, а відповідно до наслідків, які б мала звичайна фізично здорова особа в результаті такого Нещасного випадку, якщо вона отримала відповідне та раціональне медичне лікування, що має бути підтверджено лікарем-експертом, призначеним Страховиком. У разі попереднього погіршення фізичного стану здоров'я Застрахованої Особи тільки реальні та дійсні наслідки зазначеного Нещасного випадку мають бути основою для визначення розміру Страхових Виплат.
- 3.6. Якщо Застрахована Особа є ліворукою та зазначила це у Заяві на Страхування, або це офіційно визнано, то визначені частки від Страхової Суми для різних видів втрат лівих та прaviх кінцівок взаємно замінюються.
- 3.7. Дія Програми припиняється одразу після настання Постійної та Повної Непрацездатності згідно з цією Програмою, але настання такого Страхового Випадку не зумовлює припинення дії Договору Страхування в цілому.
- 3.8. Визначення виду втрати:
- 3.8.1. Втрата кисті, руки, стопи або ноги означає повну втрату відповідної частини кінцівки або кінцівки через фізичне відчленування або повну та постійну втрату здатності використовувати зазначені частини кінцівки або кінцівки;
- 3.8.2. Втрата ока означає повну та невідому втрату зору; втратою зору вважається чіткість зору після корекції 3/60 або менше за шкалою Снеллера;
- 3.8.3. Втрата слуху або мовлення означає повну та невідому втрату слуху або мовлення.
- 3.9. Види-які впади втрати органів або частин тіла, що мають постійну аномалію або патологію, яка існувала до настання Нещасного випадку, виключаються зі Страхових Виплат крім за Договором Страхування в частині такої аномалії або патології, що має бути підтверджено лікарем-експертом, призначеним Страховиком.
- 3.10. Страхову Виплату буде здійснено за умови, що Нещасний Випадок, який зумовив настання Страхового Випадку має місце:
- протягом дії цієї Програми;
 - до дати чергової річниці дії Програми після 65-го дня народження Застрахованої Особи.
4. **Таблиця Видів Втрат**

Непрацездатність	Частка Втрати	
Постійна та Повна Непрацездатність:		
Повна втрата зору на обидва ока		100%
Повна втрата обох кистей або рук		100%
Повна глухота на обидва вуха травматичного походження		100%
Повна втрата мовлення		100%
Повна втрата однієї руки та однієї ноги		100%
Повна втрата однієї руки та однієї стопи		100%
Повна втрата однієї кисті та однієї стопи		100%
Повна втрата однієї кисті та однієї ноги		100%
Повна втрата обох ніг		100%
Повна втрата обох стоп		100%
Видалення нижньої щелепи		100%
Повне слабобуство		100%
Постійна Часткова Непрацездатність:		
Голова:		
Втрата кісткової тканини черепа по всій його товщині		
- Поверхня площею не менше 6 кв.см		40%
- Поверхня площею від 3 до 6 кв.см		20%
- Поверхня площею менше 3 кв.см		10%
Часткове видалення нижньої щелепи, її висхідної частини у повному обсязі або половини верхньої щелепи		40%
Повна втрата на одне вуху		30%
Повна втрата одного ока		50%
Верхні кінцівки	Права	Ліва
Втрата однієї руки або кисті	60%	50%
Значна втрата кісткової тканини руки (чітко виражене та невиліковне ураження)	50%	40%
Повний параліч верхньої кінцівки (невиліковне ураження нервів)	65%	55%
Повний параліч органального нерва	20%	15%
Анкілоз плеча	40%	30%
Анкілоз ліктя:		
- у сприятливому положенні (15 градусів від прямого кута);	35%	30%
- у несприятливому положенні	40%	35%
Значна втрата кісткової тканини двох кісток передпліччя (чітко виражене та невиліковне ураження)	40%	30%
Повний параліч середнього нерва	45%	35%
Повний параліч променевого нерва на рівні суглобової западини ліктьового суглоба	40%	35%
Повний параліч променевого нерва на рівні передпліччя	30%	25%
Повний параліч променевого нерва на рівні кисті	20%	15%
Повний параліч ліктьового нерва	30%	25%
Анкілоз зап'ястка у сприятливому положенні (прямо або в пронації)	20%	15%
Анкілоз зап'ястка у несприятливому положенні (згинання, або неприродне розгинання, або супінація)	30%	25%
Повна втрата великого пальця	20%	15%
Часткова втрата великого пальця (нігтьової фаланги)	10%	5%
Повний анкілоз великого пальця	20%	15%
Повна ампутація вказівного пальця	15%	10%
Повна втрата двох фаланг вказівного пальця	10%	8%
Повна втрата нігтьової фаланги вказівного пальця	5%	3%
Одночасна ампутація великого пальця і вказівного пальця	35%	25%
Повна втрата великого пальця та іншого пальця (крім вказівного)	25%	20%
Повна втрата двох пальців (крім великого та вказівного)	12%	8%
Повна втрата трьох пальців (крім великого та вказівного)	20%	15%
Повна втрата чотирьох пальців, включаючи великий палець	45%	40%
Повна втрата чотирьох пальців, виключаючи великий палець	40%	35%
Повна втрата середнього пальця	10%	8%
Повна втрата пальця (крім великого, вказівного та середнього)	7%	3%
Нижні Кінцівки		
Повна втрата нижньої кінцівки на рівні верхньої половини стегна		60%
Повна втрата нижньої кінцівки на рівні нижньої половини стегна		50%
Повна втрата стопи (dezартікуляція на рівні гомілковостопного суглоба)		45%
Часткова втрата стопи (dezартікуляція на рівні підтаранного суглоба)		40%
Часткова втрата стопи (dezартікуляція на рівні поперечного суглоба стопи)		35%
Часткова втрата стопи (передплюсно-плюсна dezартікуляція)		30%
Повний параліч нижньої кінцівки (невиліковне ураження нерва)		60%
Повний параліч двох нервів (зовнішній та внутрішній підколінний /сідничний нерв)		40%
Повний параліч зовнішнього підколінного /сідничного нерва		20%
Повний параліч внутрішнього підколінного /сідничного нерва		30%

Непрацездатність	Частка Втрати
Анкілоз кульшового суглоба	40%
Анкілоз колінного суглоба	20%
Втрата кісткової тканини стегна або обох кісток голілки (невиліковний стан)	60%
Втрата кісткової тканини накілінка зі значним розщодженням фрагментів та значним обмеженням рухів при випрямленні ноги	40%
Втрата кісткової тканини накілінка зі збереженням рухів	20%
Вкорочення нижньої кінцівки щонайменше на 5 см	30%
Вкорочення нижньої кінцівки від 3 до 5 см	20%
Вкорочення нижньої кінцівки від 1 до 3 см	10%
Повна ампутація всіх пальців стопи	25%
Ампутація чотирьох пальців стопи, включаючи великий палець	20%
Повна втрата чотирьох пальців стопи	10%
Повна втрата великого пальця стопи	10%
Повна втрата двох пальців стопи	5%
Ампутація одного пальця стопи (крім великого пальця)	3%

Анкілоз пальців кистей (крім вказаного та великого) та пальців стоп (крім великого) дає право на компенсацію в розмірі 50% від суми виплати у випадку втрати зазначених частин тіла.

5. Таблиця Прогресивності

Шкала прогресивності, що застосовується у разі, якщо Страхова Сума складає 250% Базової Суми		Шкала прогресивності, що застосовується у разі, якщо Страхова Сума складає 500% Базової Суми	
Частка Втрати (ЧВ)	Страхова Виплата як відсоток від Базової Суми	Частка Втрати (ЧВ)	Страхова Виплата як відсоток від Базової Суми
Від 0% до 25%	ЧВ	Від 0% до 20%	ЧВ
Від 26% до 50%	2*ЧВ – 25%	Від 21% до 40%	3*ЧВ – 40%
Від 51% до 75%	3*ЧВ – 75%	Від 41% до 60%	5*ЧВ – 120%
Від 76% до 100%	4*ЧВ – 150%	Від 61% до 80%	7*ЧВ – 240%
		Від 81% до 100%	9*ЧВ – 400%

6. Вилучення зі Страхових Випадків та обмеження страхування

- 6.1. Страхові Виплати здійснюються за умови, що, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:
- 6.1.1. Страховий Випадок є прямим наслідком тілесних ушкоджень, заподіяних зовнішнім, насильницьким та випадковим чином, про що існують докази у вигляді видимих синців або ран на поверхні тіла;
- 6.1.2. Випадок передбачено в пункті 3 цієї Програми, не визнаються Страховим Випадком, якщо вони є наслідком, прямо або опосередковано, будь-яких обставин, зазначених в статті 4 «Вилучення зі Страхових Випадків та обмеження страхування» Правил.
- 6.1.3. Додатково до пункту 6.1.2 цієї Програми, Страховик не здійснює Страхових Виплат у разі настання Страхових Випадків, причиною яких є:
- 6.1.3.1. Професійна діяльність Застрахованої Особи, в тому числі за таким фахом:
- каскадери;
 - циркові артисти (акробати, дресировальники);
 - працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
 - військові репортери та репортери, редактори, журналісти, фотографи, оператори, перекладчі (що працюють в політично нестабільних зонах та зонах боєвих дій);
 - аварійно-рятувальні служби у високогірних районах (за використанням вертольотів, альпіністського спорядження);
 - військслужбовці збройних сил, незалежно від військової спеціальності, роду військ, військового зв'язу та форми проходження військової служби;
 - члени загонів особливого призначення, незалежно від відомого підпорядкування;
 - професійні спортсмени та тренери;
 - особисті охоронці;
 - водоласи, працівники, чия діяльність пов'язана з підводним занурюванням;
- 6.1.3.2. Заняття Застрахованою Особою спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняття Застрахованою Особою спортом на любительському рівні; автомобільним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, будь-яким повітряним спортом, альпінізмом, дайвінгом (глибше, ніж на 40 м), стрільбою;
- 6.1.3.3. Подорожування або політ на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту як пасажир на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;
- 6.1.3.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;
- 6.1.3.5. Тренування або пілотування або перебування в якості пасажирів на планері або планері, який літотується вручну, у випадку стрибка з парашутом Застрахованої Особи;
- 6.1.3.6. Участь у військових маневрах, навчаннях, випробуваннях військової техніки або інших аналогічних операціях в якості військслужбовця або цивільного працівника;
- 6.1.3.7. Тілесні ушкодження, спричинені, прямо або опосередковано, повністю або частково, отруєнням будь-якими отруйними речовинами, газами, вибуховими газами, незалежно від того, було таке отруєння навмисним чи випадковим, та незалежно від того, було таке отруєння спричинено прямим вприскуванням, поглинанням чи вдиханням або потрапленням отруйних речовин до організму іншим шляхом, окрім випадкового отруєння чадним газом під час пожежі;
- 6.1.3.8. Будь-які методи або способи лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних виділень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;
- 6.1.3.9. Будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, що передуватиме Даті Початку дії цієї Програми;
- 6.1.3.10. Тілесні ушкодження, спричинені прямо чи опосередковано, повністю або частково будь-яким інфекційним бактеріальним зараженням, за винятком інфекційного зараження внаслідок порузу або поранення, що сталося випадково;
- 6.1.3.11. Проходження будь-яких експериментальних, дослідних та діагностичних процедур;
- 6.1.3.12. Лікування у фахівців з мануальної терапії, остеопатів або інших фахівців, які займаються нетрадиційним (альтернативним) лікуванням;
- 6.1.3.13. Вакцинація та наслідки вакцинації;
- 6.1.3.14. Нещасний Випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажир на такому транспортному засобі, окрім випадків, коли використання такого транспортного засобу пов'язане з виконанням Страховальником службових обов'язків, з урахуванням пункту 6.1.3.1. цієї Програми;
- 6.1.3.15. Тілесні ушкодження внаслідок керування Нещасного випадку, які спричинили килу, люмбаго або запалення сідничного нерва;
- 6.1.3.16. Спроба самогубства у будь-який час або тілесні ушкодження, навмисно нанесені Застрахованої Особи будь-якою особою за згодою Застрахованої Особи;
- 6.1.3.17. Радіоактивне ураження.
- 6.2. Страхову Виплату буде здійснено за умови, що Страховий Випадок мав місце:
- протягом дії цієї Програми;
- до дати чергової річної дії Програми після 65-го дня народження Застрахованої Особи.
- 7. Права Страховика у разі настання Страхового Випадку**
- 7.1. Додатково до прав, передбачених у пункті 10.2 Правил, Страховик має право проводити обстеження Застрахованої Особи з метою визначення, є постійна непрацездатність внаслідок Нещасного випадку повною чи частковою відповідно до умов цієї Програми. Будь-які належні Страхові Виплати відповідно до цієї Програми ґрунтуються на результатах зазначеного медичного обстеження.
- 8. Початок дії Програми**
- 8.1. Датою початку дії цієї Програми буде дата початку дії Програми страхування основних ризиків Договору Страхування, якщо тільки ця Програма не було введено в дію та включено до Договору Страхування пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у відповідному Додатку до Договору Страхування.
- 9. Припинення дії Програми**
- 9.1. Будь-які сторони мають право припинити дію цієї Програми, повідомивши іншу Сторону про припинення дії Програми не менше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення.
- 9.2. Дія цієї Програми припиняється та Страховик звільняється від своїх відповідних зобов'язань у випадку виконання Страховиком зобов'язань перед Страховальником у повному обсязі - здійснення виплати Страхової Суми (в розмірі 250% або 500% від Базової Суми за обраною особою прогресивності) внаслідок одного або кількох Нещасних Випадків у випадку Постійної Непрацездатності.
- 9.3. Додатково до статті 18 Правил дії цієї Програми припиняється, якщо:
- 9.3.1. Застрахована Особа визначено психічно хворою; або
- 9.3.2. Застрахована Особа вступила до військових наземних, морських чи повітряних сил будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або
- 9.3.3. Застрахована Особа стала членом будь-яких допоміжних або цивільних невійськових підрозділів, що допомагають військовим наземним, морським чи повітряним силам будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або
- 9.3.4. Застрахована Особа досягла шістдесяти п'яти річного віку, якщо інше не передбачено Договором Страхування. В такому випадку дія цієї Програми припиняється у чергову річницю дії цієї Програми після 65 (шістдесяти п'яти) днів народження Застрахованої Особи, незалежно від того, чи продовжує діяти Договір Страхування; або
- 9.3.5. Страхова Премія за цією Програмою, Програмою страхування основних ризиків або Програмою страхування додаткових ризиків не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового Періоду; або
- 9.3.6. Договір Страхування, до якого включено цю Програму, набув статусу Сплаченого Договору Страхування, як передбачено Правилами, або дію Програми страхування основних ризиків було припинено на будь-яких підставах.
- 9.4. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової Премії припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком

ком зобов'язання повернення Страховальнику, відповідно до чинного законодавства України, незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплаченою авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення цієї Програми, окрім випадків, передбачених пунктом 9.2 цієї Програми. Незароблена частина Страхової Премії - це частина Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.

10. Прикінцеві положення

- 10.1. До цієї Програми не застосовуються положення Правил добровільного страхування життя щодо:
 - 10.1.1. Одрозворення Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
 - 10.1.2. Набуття Договором Страховання статусу Співачого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
 - 10.1.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціатиивою Страховальника (стаття 14 Правил);
 - 10.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил).
- 10.2. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25) до цієї Програми не застосовуються.
- 10.3. Страховик має право відмовитися вносити будь-які зміни до Договору Страхування після настання Страхового Виплату за цією Програмою.
- 10.4. Страховик має право змінювати розмір страхового тарифу за цією Програмою. Зміна набудатиме чинності з річниці дії цієї Програми. Страховальник має право відмовитися від таких змін протягом тридцяти днів. Якщо Страховальник відмовляється прийняти такі зміни або згоди сплаченою ним Страховою Премією відірватися від розміру встановленого після таких змін, Страховик має право достроково припинити дію Програми з дати чергової річниці її дії шляхом письмового повідомлення Страховальника.

Додаток 1-23

**Програма страхування додаткових ризиків
Страхування на випадок переломів та/або опіків внаслідок Нещасного випадку
(“Програма”)**

1. Предмет страхування

- 1.1. Положення цієї Програми страхування додаткових ризиків “Страхування на випадок переломів та/або опіків внаслідок Нещасного випадку” (надалі - Програма) складають невід'ємну частину Договору Страхування, до якого включено таку Програму, та набиратимуть чинності тільки в тому випадку, якщо код та/або назва цієї Програми зазначені у Страховому Полісі Договору Страхування.
- 1.2. Згідно з цією Програмою Застрахованою Особою є фізична особа, прізвище, ім'я та по батьковій якій зазначаються у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування на письмово вимогу Страховальника, що здійснена в момент подання Заяви про Страхування або пізніше протягом дії Договору Страхування.
- 1.3. Для введення в дію цієї Програми вимагається сплата додаткової Страхової Премії. Розмір Страхової Премії зазначено у Страховому Полісі або у Договорі Страхування.
- 1.4. У разі настання Страхового Виплату Страховик здійснює Страхову Виплату за цією Програмою на користь Застрахованої Особи, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

2. Визначення

- В цій Програмі наведені нижче терміни матимуть таке значення:
 - 2.1. Нещасний випадок - всі випадкові, раптові, незалежні від Застрахованої Особи та інших обставин події, спричинені зовнішніми факторами (механічними, тепловими, хімічними, електричними, радіоактивними тощо), що сталися протягом строку дії Договору Страхування та спричинили опіки або переломи, як визначено цією Програмою. Усі інші події не вважатимуться Нещасним випадком згідно з умовами цієї Програми.
 - 2.2. Опік - пошкодження шкіри, спричинені контактом з джерелами теплової енергії, хімічними речовинами або холодом, незалежно від того, чи таке ушкодження є відновлювальним.
 - 2.3. Перелом - будь-яке травматичне порушення цілісності кістки (тріщина; надлом; злом; розрив), спричинене Нещасним Випадком незалежно від того, чи призвело це до постійної непридатності Застрахованої Особи.
 - 2.4. Патологічний перелом - будь-який перелом тієї ділянки кістки, яка була вращена вже наявним захворюванням, що ослаблює міцність кістки (в тому числі остеопороз).
 - 2.5. Множинний (складний) перелом - перелом кістки у двох і більше місцях. Оскільки перелом кістки з більш ніж двома уламками також вважається множинним переломом.
 - 2.6. Повний перелом - порушення (розрив) цілісності кістки через всю її товщину.
 - 2.7. Відкритий перелом - перелом, при якому кісткові відламки порушують цілісність шкіри.
 - 2.8. Втомний перелом (стрес-перелом) - порушення цілісності кістки внаслідок її частих систематичних перевантажень (“маршово стопа”).
 - 2.9. Остеопороз - патологічний стан, який характеризується зменшенням кісткової тканини в одиниці об'єму кістки. Діагноз остеопорозу має бути підтверджений даними денситометрії, рентгенологічного та/або інших об'єктивних методів дослідження.
- 3. Страховий Виплаток та Страхова Виплата**
 - 3.1. Страховим Випадком за цією Програмою є розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок нещасного випадку, спричинений переломом (код - “ВВ”) та/або опіком (код - “В”).
 - 3.2. В разі настання Страхового Виплату Страховик здійснить Страхову Виплату у розмірі частини Страхової Суми за цією Програмою, яка відповідала відповідному перелому або опіку у Таблиці визначення розміру страхових виплат для переломів та опіків.
 - 3.3. Загальна сума Страхових Виплат, сплачуваних у випадку двох і більше переломів/опіків внаслідок одного і того самого Нещасного Випадку, розраховується шляхом додавання частин Страхової Суми, належних до сплати за кожним з таких переломів/опіків, але загальний розмір Страхової Виплати не повинен перевищувати Страхової Суми за цією Програмою, зазначеної у Страховому Полісі або у додатку до Договору Страхування.
 - 3.4. Розмір Страхової Виплати на випадок перелому/опіку, що є Страховим Випадком за цією програмою, але не наведений в Таблиці визначення розміру Страхових Виплат для переломів та опіків, розраховується лікарем-експертом Страховика шляхом порівняння такого перелому/опіку з максимально наближеним за ступенем тяжкості переломом або опіком, зазначеним в Таблиці визначення розміру Страхових Виплат для переломів та опіків.
 - 3.5. Страховик залишає за собою право проведення медичного обстеження Застрахованої Особи лікарем, призначеним Страховиком, за рахунок Страховика.

4. Таблиці визначення розміру Страхових Виплат для переломів та опіків

Вид перелому/ опіку	Розмір Страхової Виплати, у % від Страхової Суми
Перелом кісток таза (крім куприка)	
Множинні переломи (щонайменше один відкритий та один повний)	100
Всі інші відкриті переломи	50
Множинні переломи (щонайменше один повний)	30
Прості закриті переломи	20
Переломи стегна або п'яткової кістки:	
Множинні переломи (щонайменше один відкритий та один повний)	50
Всі інші відкриті переломи	40
Множинні переломи (щонайменше один повний)	30
Прості закриті переломи	18
Множинні переломи (щонайменше один повний)	50
Переломи основи черепа	
Переломи великої гомілкової кістки, плечової кістки, променевої кістки або зап'ястка, п'ястка	
Множинні переломи (щонайменше один відкритий та один повний)	40
Всі інші відкриті переломи	30
Множинні переломи (щонайменше один повний)	20
Прості закриті переломи	15
Переломи верхньої або нижньої щелепи, зовнішньої кісточки, внутрішньої кісточки, літкової кісточки	
Множинні переломи (щонайменше один відкритий та один повний)	30
Всі інші відкриті переломи	20
Множинні переломи (щонайменше один повний)	16
Прості закриті переломи	10
Переломи лопатки, ключиці, наколінка, груднини, кісток передпліччя та пліччя	
Відкриті переломи	20
Закриті переломи	13
Переломи хребта (крім куприка)	
Всі компресійні переломи тіла хребця	20
Переломи остистого та поперечного відростка хребця	7
Переломи лобної, скроневої, тім'яної, потиличної кістки	
Зі вдваленням кісткових відламків	30
Без вдвалення кісткових відламків	10
Переломи одного або більше ребер, кісток лицьового черепа, куприка або малої гомілкової кістки (крім зовнішньої кісточки)	
Множинні переломи (щонайменше один відкритий та один повний)	16
Всі інші відкриті переломи	12
Множинні переломи (щонайменше один повний)	8
Прості закриті переломи	5
Переломи пальців	
Відкритий перелом	5
Закритий перелом	3
Опіки	
Опіки шкіри II та III ступенів (за класифікацією ВООЗ) площею 27 % поверхні шкіри або більше	100
Опіки шкіри II та III ступенів (за класифікацією ВООЗ) площею 18-26% поверхні шкіри	60

Вид перелому/ опіку	Розмір Страхової Виплати, у % від Страхової Суми
Опії шкіри II та III ступенів (за класифікацією ВООЗ) площею 9-17% поверхні шкіри	30
Опії шкіри II та III ступенів (за класифікацією ВООЗ) площею 4,5-8% поверхні шкіри	16

5. Виключення зі Страхових Випадків та обмеження страхування

- Страхові Виплати здійснюються за умови, що:
- 5.1. Страховий Випадок є прямим наслідком тілесних ушкоджень, заподіяних зовнішнім, насильницьким та випадковим чином;
 - 5.1.1. Випадки, передбачені в пункті 3 цієї Програми, не визнаються Страховим Випадком, якщо вони є наслідком, прямо або опосередковано, будь-яких обставин, зазначених у статті 4 "Виключення зі Страхових Випадків та обмеження страхування" Правил;
 - 5.1.2. Випадки, передбачені в пункті 4 цієї Програми, не визнаються Страховим Випадком, якщо вони є наслідком, прямо або опосередковано, будь-яких обставин, зазначених у статті 5 "Виключення зі Страхових Випадків та обмеження страхування" Правил;
 - 5.1.3. Додатково до пункту 5.1.2 цієї Програми Страховик не здійснює Страхових Виплат у разі настання Страхових Випадків, причиною яких є, якщо інше не зазначено у Договорі Страхування:
 - 5.1.3.1. Професійна діяльність Застрахованої Особи, в тому числі за таким фахом:
 - особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехнік;
 - каскадери;
 - циркові артисти (акробати, дресирувальники);
 - працівники зоопарку (які контактують з дикими тваринами);
 - військові репортери та репортери, редактори, журналісти, фотографі, оператори, перекладачі (що працюють в політично нестабільних зонах та зонах бойових дій);
 - аварійно-рятувальні служби у високоризикових районах (з використанням вертольотів, альпіністського спорядження);
 - військовослужбовці збройних сил, незалежно від військової спеціальності, роду військ, військового звання та форми проходження військової служби;
 - члени загонів особливого призначення, незалежно від відомчого підпорядкування;
 - професійні спортсмени та тренери;
 - особисті охоронці;
 - вододлази, працівники, чия діяльність пов'язана з підводним занурюванням;
 - 5.1.3.2. Заняття Застрахованою Особою спортом на професійному рівні, в тому числі змагання та тренування, а також заняття Застрахованою Особою спортом на любительському рівні: автомобільним або моторизованим спортом із використанням наземних, водних або повітряних транспортних засобів, повітряним спортом, альпінізмом, дайвінгом (глибше ніж 40 м), стрільбою;
 - 5.1.3.3. Подорожування або політ на повітряному судні будь-якого типу, за винятком польоту як пасажир на будь-якому повітряному судні, яке експлуатується авіакомпанією, що здійснює регулярні пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;
 - 5.1.3.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;
 - 5.1.3.5. Тренування або пілотування, або перебування в якості пасажирів на планері або планері, який пілотується вручну, у випадку стрибка з парашутом Застрахованої Особи;
 - 5.1.3.6. Участь у військових маневрах, навчанні військовій техніці, або інших авіаційних операціях в якості військовослужбовця або цивільного працівника;
 - 5.1.3.7. Будь-які методи або способи лікування неврологічних та психічних захворювань, незалежно від їх класифікації, психічних виділень, депресійного стану або розладів вищої нервової діяльності;
 - 5.1.3.8. Будь-яке захворювання, хвороба або стан Застрахованої Особи, які виникли до Дати Початку або дати повнення дії цієї Програми;
 - 5.1.3.9. Проходження будь-яких експериментальних, дослідних та діагностичних процедур;
 - 5.1.3.10. Лікування у фахівця з мануальної терапії, остеопата або інших фахівців, які займаються нетрадиційним (альтернативним) лікуванням;
 - 5.1.3.11. Нешасливий випадок внаслідок керування Застрахованою Особою мотоциклетним транспортним засобом із об'ємом двигуна більше 125 куб. см або її пересування як пасажир на такому транспортному засобі, окрім випадків, коли використання такого транспортного засобу пов'язане з виконанням Страховальником службових обов'язків, з урахуванням пункту 5.1.3.1. цієї Програми;
 - 5.1.3.12. Тілесні ушкодження внаслідок нещасного випадку, які спричинили килу, лямбаго або запалення сідничного нерва;
 - 5.1.3.13. Спроба самогубства у будь-який час або тілесні ушкодження, навмисно нанесені Застрахованій Особі будь-якою особою за згодою Застрахованої Особи;
 - 5.1.3.14. Патологічний перелом (перелом внаслідок остеопорозу);
 - 5.1.3.15. Втомний перелом (стрес-перелом).
- 5.2. Страхову Виплату буде здійснено за умови, що Страховий Випадок мав місце: протягом дії цієї Програми; до дати чергової річниці дії Програми після 65-го дня народження Застрахованої Особи.
- ## 6. Письмова заява про настання Страхового Випадку
- 6.1. Письмова заява про настання Страхового Випадку подається протягом 10 (десяти) календарних днів після настання випадку, який може бути визначений Страховим Випадком згідно з цією Програмою. У разі наявності поважних причин, що перешкоджають поданню такого повідомлення та/або пов'язані зі станом здоров'я Застрахованої Особи або іншими обставинами, Страховик може вимагати підтвердження таких причин шляхом надання Застрахованою Особою/Страховальником відповідних офіційних документів. Всі необхідні документи, інформація та результати обстежень мають бути надані Страховикові у формі, яка ним вимагається. За необхідності Застрахована Особа повинна пройти медичне обстеження на вимогу та за рахунок Страховика. Після отримання тілесних ушкоджень або настання хвороби Застрахована Особа повинна якнайшвидше отримати допомогу кваліфікованого лікаря та ретельно дотримуватись лікарських призначень. Страховик звільняється від будь-яких зобов'язань щодо наслідків, які виникають через те, що Застрахована Особа не отримала медичної допомоги, не дотримувалась лікарських призначень. У разі смерті Застрахованої Особи, Страховик має право вимагати проведення патологоанатомічного дослідження за власний рахунок та/або ознайомитись та одержати результати патологоанатомічного дослідження.
- 6.2. Виписка з медичної картки стаціонарного хворого із зазначенням точного діагнозу, висписний епікріз, інші документи, які містять всі медичні записи та документи щодо проведеного лікування, та інші документи, що підтверджують факт, обставини та наслідки Страхового Випадку, мають бути надані Страховикові на його вимогу в кожному випадку.
- ## 7. Початок дії Програми
- Датою початку дії цієї Програми буде дата початку дії Програми страхування основних ризиків Договору Страхування, якщо тільки ця Програму не було введено в дію та включено до Договору Страхування пізніше. В такому випадку датою початку дії цієї Програми буде дата, зазначена у Договорі Страхування або відповідному Додатку до Договору Страхування.
- ## 8. Припинення дії Програми
- 8.1. Будь-яка зі Сторін має право припинити дію цієї Програми, шляхом надання відповідного письмового повідомлення іншій Стороні не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запланованої дати припинення. У випадку припинення дії Програми за вимогою будь-якої зі Сторін сплата додаткової Страхової Премії, що відноситься до цієї Програми, припиняється, і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняється за винятком зобов'язання повернення Страховальнику незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є) згідно з умовами п.7.4 цієї Програми.
- 8.2. Дія цієї Програми припиняється та Страховик звільняється від своїх відповідних зобов'язань до наступної річниці дії Програми у випадку виконання Страховиком зобов'язань перед Страховальником у повному обсязі - здійснення виплати 100% Страхової Суми внаслідок одного або кількох Нешасливих Випадків у випадку тілесних ушкоджень Застрахованої Особи. Зобов'язання Страховика може бути поновлено у разі сплати наступної Страхової Премії за Нешасним.
- 8.3. Додатково до статті 18 Правил дії цієї Програми припиняється, якщо:
 - 8.3.1. Застраховану Особу визнано психічно хворою; або
 - 8.3.2. Застрахована Особа вступила до військових наземних, морських чи повітряних сил будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або
 - 8.3.3. Застрахована Особа стала членом будь-яких допоміжних або цивільних невійськових підрозділів, що допомагають військовим наземним, морським чи повітряним силам будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або
 - 8.3.4. Застрахована Особа досягла шістдесяти п'яти річного віку, якщо інше не передбачено Договором Страхування. В такому випадку дія цієї Програми припиняється у чергову річницю дії цієї Програми після 65 (шістдесят п'яти) днів народження Застрахованої Особи незалежно від того, чи продовжує діяти Договір Страхування; або
 - 8.3.5. Страхова Премія за цією Програмою, Програмою страхування основних ризиків або Програмою страхування додаткових ризиків не сплачена в строк або протягом встановленого Пільгового Періоду; або
 - 8.3.6. Договір Страхування, до якого включено ця Програма, набув статусу Спального Договору Страхування, як передбачено Правилами, або дію Програми страхування основних ризиків було припинено на будь-яких підставах.
- 8.4. У будь-яких випадках припинення дії цієї Програми сплата додаткової Страхової Премії припиняється і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняється, за винятком зобов'язання повернення Страховальнику відповідно до чинного законодавства України, незаробленої частини додаткової Страхової Премії (якщо така є), разом з будь-якою сплатеною авансом додатковою Страховою Премією, термін сплати якої настане після дати припинення дії цієї Програми (окрім випадків, передбачених пунктом 8.2 цієї Програми). Незароблена частина Страхової Премії - це частина Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення Програми та закінчується датою настання терміну сплати наступної Страхової Премії.
- ## 9. Ця Програма як частина Договору Страхування
- 9.1. До цієї Програми не застосовуються положення Правил щодо:
 - 9.1.1. Одноразової Страхової Премії (пункт 5.3 Правил);
 - 9.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Спального Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
 - 9.1.3. Дostroкового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страховальника (стаття 14 Правил);
 - 9.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);
 - 9.1.5. Способів здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25 до Правил).
- 9.2. Страховик має право змінювати розмір Страхової Премії за цією Програмою згідно зі Страховими Тарифами за цією Програмою. Зміна ґрунтуватиметься на основних параметрах, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до власного досвіду Страховика. Зміна набуватиме чинності з річниці дії цієї Програми. Страховальник має право відмовитись від таких змін протягом тридцяти днів. Якщо Страховальник відмовляється прийняти зміни, Страховик має право достроково припинити дію Програми з дати чергової річниці дії шляхом письмового повідомлення Страховальника.
- 9.3. Страховик має право відмовитись вносити будь-які зміни до Договору Страхування після настання Страхового Випадку за цією Програмою.