

Додаток №1
Договору добровільного страхування життя
за пакетом програм «Мое здоров'я»
(приєднання) № MZ-1_20.05.2019
(Публічна частина, оферта) від «15» вересня 2022 року

Правила добровільного страхування життя ПрАТ «МетЛайф», загальна частина

**Приватне акціонерне товариство
«МетЛайф»
(Витяг)**

**ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО
СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ**

зареєстровані Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 17.12.2015 р. за реєстраційним номером 0115339 зі змінами та доповненнями №1, які були зареєстровані Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 23.03.2017 р. за реєстраційним номером 0117119, зі змінами та доповненнями №2, які були зареєстровані Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 06.11.2018 року згідно розпорядження №1947 зі змінами та доповненнями №4, які були зареєстровані Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 03.09.2019 року згідно розпорядження №1676

ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ПРАВИЛАХ

Страховання	Вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних та юридичних осіб, у разі настання певних подій (Страхових Випадків), визначених Договором Страховання 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.
Страховання життя	Вид особистого страхування, який передбачає обов'язок Страховика здійснити Страхову Виплату згідно з Договором Страховання у разі смерті Застрахованої Особи, а також, якщо це передбачено Договором Страховання, у разі дожиття Застрахованої Особи до закінчення строку дії Договору Страховання та (або) досягнення Застрахованою Особою визначеного Договором Страховання віку. Умови Договору Страховання 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 Страховання ризику смерті Застрахованої Особи протягом періоду між початком дії Договору Страховання 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 Страховання життя.
Страховик	Приватне акціонерне товариство «МетЛайф», яке укладає зі Страховальниками Договори Страховання 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 застосуванню у всій документації, в тому числі за раніше укладеними Договорами Страховання.
Страховальник	Юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала зі Страховиком Договори Страховання та зобов'язана сплачувати Страхові Премії у встановлені строки та виконувати інші умови Договору Страховання.
Сторона	Страховик та Страховальник відповідно до визначення цих термінів вище.
Застрахована Особа	Особа, про страхування життя або життя та здоров'я якої укладений Договір Страховання, та яка може набувати прав і обов'язків Страховальника згідно з Договором Страховання.
Вигодонабувач	Фізична особа або особи та/ або юридична особа (особи), які мають право отримати Страхову Виплату згідно з умовами Договору Страховання.
Вигодонабувач, призначений на випадок смерті Застрахованої Особи	Фізична особа або особи та/ або юридична особа (особи), визначені Страховальником в Договорі Страховання за погодженням із Застрахованою Особою та затвержені 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 сталась протягом строку дії Договору Страховання та спричинила таке

Нещасний випадок на транспорті	<p>тяжке тілесне ушкодження або таку травму Застрахованій Особі, в результаті якої вона є тимчасово або постійно, повністю чи частково непрацездатна, потребує госпіталізації чи убита.</p> <p>Не спричинена Застрахованою Особою навмисно раптова подія на велосипедному, автодорожньому, рейковому, морському, річковому або авіаційному транспорті, що сталась під час перевезення Застрахованої Особи велосипедом, наземним моторним транспортним засобом, громадським муніципальним електротранспортом (у якості пасажира 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 сталися 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.</p>
Страхова Сума	<p>Нещасним випадком на транспорті також є тілесні ушкодження або смерть Застрахованої Особи внаслідок удару транспортним засобом.</p> <p>Нещасний випадок 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 терористичним актом, навмисними діями, спрямованими на настання Нещасного випадку, використанням транспортного засобу в спортивних цілях, природним лихом, іншими ускладненнями просування, причина яких не стосується транспорту.</p> <p>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.</p>
Страховий Випадок	<p>Подія, передбачена Договором Страхування, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову Виплату Застрахованій Особі або Вигодонабувачу згідно з Договором Страхування або особі, 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.</p>
Страхова Виплата	<p>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 (ануїтету).</p>
Страхова Премія (страховий платіж, страховий внесок)	<p>Плата за страхування, узгоджена обома Сторонами для кожної Програми Страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором Страхування.</p>
Страховий Тариф	<p>Ставка страхового внеску з одиниці Страхової Суми за визначений період страхування.</p>
Договір Страхування	<p>Письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання Страхового Випадку здійснити належну Страхову Виплату Застрахованій Особі або Вигодонабувачу, а Страхувальник зобов'язується сплачувати Страхові</p>

Заява про страхування	Премії у визначені строки та виконувати інші умови Договору 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 вирахуванням будь-яких сум, належних до сплати Страховику, та розраховується математично на день припинення Договору Страхування залежно від періоду, протягом якого діяв Договір Страхування, згідно з методикою, яка проходить експертизу в Уповноваженому органі, здійснена актуарієм і є невід'ємною частиною Правил.
Ануїтет	Послідовність регулярних виплат, обумовлених у Договорі Страхування сум.
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 Попередня оплата	Дата, визначена в Договорі Страхування для сплати Страхових Премій.
Дата набрання чинності	Сплата першої Страхової Премії після підписання Заяви про Страхування, яка вважатиметься Страховою Премією лише після того, як буде виписаний Страховий Поліс. 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 професійному рівні	на Залучення з метою отримання прибутку до комерційного напрямку діяльності у спорті, пов'язаного з підготовкою та проведенням видовищних 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 – «Страхувальники»).

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, впроваджуються 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 - певна подія, на випадок якої проводиться страхування та яка має ознаки ймовірності та випадковості настання. Програми страхування можуть передбачати такі страхові ризики або будь-яку їх комбінацію:

3.1.1. Дожиття Застрахованої Особи на строк;

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 Страхувальника (звільнення від сплати Страхових Премій);

3.1.9. Постійна та Повна Непрацездатність Страхувальника (звільнення Страхувальника від сплати Страхових Премій на час непрацездатності);

3.1.10. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, спричинений травматичним ушкодженням;

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;

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;

3.1.28. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку, спричинений переломом та/або опіком;

3.1.29. Смерть Застрахованої Особи внаслідок важких ускладнень під час вагітності, пологів або така, що сталася протягом 90 (дев'яносто) днів після народження дитини в результаті ускладнень під час пологів;

3.1.30. Розлад здоров'я Застрахованої Особи внаслідок важких ускладнень під час вагітності, який призвів до госпіталізації;

3.1.31. Діагностування критичного захворювання дитини.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Згідно з Договором Страхування, якщо іншого не було 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-яку оголошену чи неоголошену війну, будь-яку військову операцію чи вторгнення, ворожі акти іноземних військових сил, повстання, бунт, заколот, громадянську війну, операції з узурпації влади, військовий стан або період облоги, або будь-які інші події чи підстави для оголошення військового стану чи війни; або

4.1.2. Опортуністичною інфекцією, будь-якими хворобами або злоякісними новоутвореннями за наявності Вірусу Імунодефіциту Людини (ВІЛ), а також Синдрому Набутого Імунодефіциту.

4.1.3. Алкогольним сп'янінням чи алкогольною інтоксикацією або токсичним чи наркотичним сп'янінням Застрахованої Особи та/або тілесними ушкодженнями Застрахованої Особи внаслідок вживання нею наркотичних, сильнодіючих та психотропних речовин без рецепту, прописаного лікарем; або зловживанням усіма зазначеними вище речовинами. Наявність алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння визначається згідно з відповідним законодавством України; або

4.1.4. Скоєнням чи спробою скоєння злочину Застрахованою Особою; або

4.1.5. Діями Страхувальника, Застрахованої Особи або Вигодонабувача, які спрямовані на настання Страхового Випадку, незалежно від їхнього психічного стану; або

4.1.6. Керуванням Застрахованою Особою будь-яким транспортним засобом без права керування чи під впливом алкоголю або наркотичної речовини, або передачею Застрахованою Особою керування особі, яка не мала права на керування транспортним засобом; або

4.1.7. Будь-яким погіршенням стану здоров'я Застрахованої Особи, яке викликане радіаційним опроміненням або є результатом використання атомної енергії, якщо інше не передбачено Договором Страхування; або

4.1.8. 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 Виплатній Сумі, розрахованій на дату смерті Застрахованої Особи;
- Сума розрахованого Негарантованого бонусу;
- Сума Спеціального Фонду Індексації, як передбачено в Додатку 1 – 16 до цих Правил.

Зазначена 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.

4.3. Факт відсутності трупа чи неможливості його ідентифікації не вважається смертю Застрахованої Особи та не визнається Страховим Випадком, крім випадків, коли факт смерті було визнано у судовому порядку.

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.

4.4. Самогубство або спроба самогубства Застрахованої Особи:

4.4.1. 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, Страховик зобов'язаний здійснити виплату у розмірі Страхових Премій, сплачених впродовж всього строку дії Договору Страхування, за вирахуванням будь-яких сум витрат на ведення справи та/або сум, що підлягають сплаті Страхувальником Страховику відповідно до законодавства України або умов Договору Страхування. В разі, якщо Застрахована Особа та Страхувальник різні особи, така виплата підлягає здійсненню Страхувальнику чи спадкоємцям Страхувальника, якщо Страхувальник не буде живим на дату здійснення Страхової Виплати, з урахуванням норм законодавства, чинних на момент здійснення виплати. В інших випадках Страхова Виплата здійснюється згідно п. 16.9. Правил страхування;

4.4.2. 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 Страхову Виплату, передбачену Договором Страхування, за вирахуванням сум, належних до сплати Страхувальником;

4.4.3. Якщо мало місце збільшення Страхової Суми протягом останніх двох років перед самогубством, Страховик зобов'язаний здійснити Страхову Виплату, розраховану до такого збільшення, і повернути суму Страхових Премій, сплачених у зв'язку зі збільшенням Страхової Суми за вирахуванням сум, належних до сплати Страхувальником.

4.5. 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 визначається 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, долученої до цих Правил в Додатках 3 і 4, з урахуванням надбавок Страховика та величини інвестиційного доходу, зазначених у Договорі Страхування. Страховик має право переглянути розмір Страхової Премії за Програмами страхування додаткових ризиків, як 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 річна Страхова Премія належить до сплати в день кожної річниці 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 додаткове навантаження, як зазначено у Заяві.

5.6. Страхова Премія вважається сплаченою після зарахування суми Страхової Премії на банківський рахунок Страховика.

5.7. Страховик не зобов'язаний надсилати Страхувальнику повідомлення про необхідність сплати чергової Страхової Премії. Надсилання такого повідомлення Страховиком в жодному разі не означає його відмову від положення, викладеного у першому реченні цього пункту.

5.8. Грошові зобов'язання Сторін за Договорами Страхування за їх згодою можуть бути визначені як у національній валюті України, так і у вільноконвертованій валюті 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 ПРИЗУПИНЕННЯ СПЛАТИ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ

6.1. Страхувальнику надається пільговий період у 30 (тридцять) календарних днів (надалі – «**Пільговий Період**») від належної дати сплати Страхової Премії. Під час розгляду та врегулювання 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, всі несплачені вчасно Страхові Премії за Договором Страхування може бути вираховано зі 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 не має Викупної Суми, достатньої для набуття договором статусу Сплаченого Договору Страхування, а також не мало місце дострокове припинення дії Договору Страхування, не було виплачено Викупну Суму, то Страхувальнику 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 зі Страхових Випадків, що передбачені Договором Страхування, дорівнює 1 (одній) гривні. Дворічний період встановлюється з метою надання Страхувальнику 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 Страхувальник 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 Страхувальником 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, нарахованої на суму таких Страхових Премій, за ставкою у межах 10 (десять) відсотків річних за період, визначений Страховиком на дату поновлення попередніх розмірів страхових сум за Договором Страхування. Разом з поновленням надання страхових послуг виникає зобов'язання Страхувальника 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 відбулось поновлення надання страхових послуг у повному обсязі, Договір Страхування припиняє дію. Сплата Страхувальником 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 з їх повернення.

6.4. Дія Дворічного періоду припиняється в день настання події, що сталася раніше:

- 1) 00 годин 00 хвилин за київським часом дня поновлення надання страхових послуг відповідно до повідомлення Страховика;
- 2) 23 годині 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, розрахованій на цю дату.

6.5. **Автоматичне надання кредиту для сплати Страхових Премій.**

6.5.1. За письмовою заявою Страхувальника, наведеною в Заяві на укладання Договору Страхування або поданою пізніше, але впродовж строку дії Договору Страхування, Страхові Премії, не сплачені до закінчення Пільгового Періоду, можуть бути зараховані у формі автоматичного надання Страховиком кредиту (що надалі іменується «автоматичний кредит для сплати Страхових Премій») згідно з умовами кредитного договору та/або договору про відкриття кредитної лінії, за умови що:

- а) Договір Страхування діє та страхові послуги надаються більше, ніж 3 роки; і
- б) сума кредиту разом із будь-якими іншими платежами, належними до сплати Страховику, не перевищує Викупної Суми 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 податків, передбачених чинним законодавством України;

6.5.2. Будь-який автоматичний кредит для сплати Страхових Премій регулюється пунктом 20.4 «Кредит. Умови надання кредиту. Передача прав 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 настав. Розрахунки 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 Сплаченого Договору Страхування:

6.6.1. Якщо Договір Страхування діє довше ніж 3 роки, (не враховуючи Дворічний період), і Страхувальник не виявив бажання припинити дію Договору Страхування, а також не застосовується положення про автоматичне надання кредиту для сплати Страхових Премій, то Договір Страхування набуде статусу Сплаченого Договору Страхування без подальшої сплати Страхових Премій та буде залишатись 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 Страхувальником. 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 Сплаченого Договору Страхування є остаточним і спричиняє припинення дії всіх Програм страхування додаткових ризиків, якщо інше не передбачено в Програмі страхування додаткових ризиків, а також Страхувальник втрачає право на проведення індексації відповідно до Додатків 1-16 та 1-17 до Правил;

6.6.4. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого 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

7.1.1. Страхова Сума встановлюється у Страховому Полісі або в Додатку до Договору Страхування для кожної Застрахованої Особи за погодженням між Страховиком та Страхувальником, при цьому розмір Страхової Суми не може бути меншим за мінімальну суму, встановлену Страховиком на день укладення Договору Страхування.

7.1.2. Страхову Суму може бути встановлено за окремим Страховим Випадком, групою Страхових Випадків та Договору Страхування у цілому.

7.1.3. Страхова Сума не встановлюється за окремим Страховим Випадком, у разі настання якого здійснюються регулярні послідовні Страхові Виплати у вигляді анuitету.

7.1.4. Страхова Сума може включати суму інвестиційного доходу, передбаченого законодавством України та цими Правилами, як зазначено у Страховому Полісі або у Договорі Страхування.

7.1.5. Страхові Виплати за Договором Страхування здійснюються в розмірі Страхової Суми (її частини) та (або) у вигляді регулярних, послідовних виплат (анuitету), порядок і умови сплати яких обумовлено у Договорі Страхування. Крім цього, Страхова Виплата може збільшуватися на суму Негарантованого бонусу, якщо такий є, та інші суми (бонуси), якщо це передбачено відповідною програмою страхування та законодавством України.

7.1.6. Договір Страхування може передбачати 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 чинних 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 та фактичне надання страхових послуг Страховиком починається (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 останньою зі сторін;
або
 - 8.3.2. проходження медичного огляду згідно з вимогами Страховика.
- 8.4. Строк дії Договору Страхування припиняється о 23 годині 59 хвилин за київським часом дня, визначеного в Страховому Полісі (Додатку, Договорі страхування) як дата закінчення його дії.
- 8.5. 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 стороною, яка їх надсилає. У разі надання Страхувальником письмової заяви за формою, встановленою Страховиком, що виражає намір укласти Договір Страхування, такий Договір може бути укладений шляхом випуску Страхувальнику Страхового Поліса, а саме:

1) Заявлений Страхувальник (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 Страхувальник надав Страховику завідомо 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 Страхувальником 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 Страхувальник надав Страховику завідомо неправдиву інформацію щодо таких обставин, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової Виплати та достроково припинити дію Договору Страхування;

2) Страхувальник 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 отримує і затвердить Заяву на укладання Договору Страхування, заповнену і підписану заявленою Застрахованою Особою та Страхувальником, 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 Страхувальнику, 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 Страхувальнику в укладенні Договору Страхування у випадку наявності у заявленої Застрахованої Особи певних захворювань/станів, включаючи, але не обмежуючись такими:

- СНІД або позитивний результат на наявність антитіл до ВІЛ;
- алкогольна або наркотична залежність (на момент укладання 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;
- хорея (вроджена);
- 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, в тому числі надіслані електронною поштою, за погодженням із Страхувальником:

- 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 Страховика або складені/подані протягом дії Договору Страхування.

9.4. Договір Страхування щодо третіх осіб укладається за згодою цих третіх 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 кожен 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 у встановленому 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 виконавчий 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 невиправного пошкодження Страхового Поліса або Додатку до Договору Страхування Страхувальником, Страхувальник має право звернутися до Страховика за документальним

підтвердженням факту страхування (яким може бути засвідчена копія Страхового Поліса або Додатку до Договору Страхування). Страховик має право встановлювати плату за вчинення відповідних дій.

10. ПРАВА, ОБОВ'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

10.1. Обов'язки Страховика:

- 1) Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;
- 2) Протягом 2 (двох) робочих 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. Страховик 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 Страховика:

- 1) Робити запити до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що можуть володіти інформацією щодо причин та обставин Страхового Випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини Страхового Випадку; з метою розслідування обставин Страхового Випадку вимагати проведення медичного обстеження Застрахованої Особи за допомогою кваліфікованого лікаря, призначеного Страховиком, 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 випадку Страховим, 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 Страховика є підстави для проведення самостійного розслідування Страхового Випадку, до закінчення такого розслідування Страховиком, але на строк не більший 6 (шести) місяців;
- 4) У випадку зміни Страхового Ризику Страховик має право переглянути 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 Страховика 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 надати правдиву та повну інформацію Страховику щодо всіх відомих йому обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику. Порушення зобов'язання надавати правдиву та повну інформацію може призвести до припинення дії Договору Страхування або окремих Програм Страхування, або відмови у виплаті будь-якої Страхової Суми, або зменшення Страхової Суми, на розсуд Страховика, окрім випадків, якщо Договір Страхування діяв та страхові послуги надавались протягом 3 (трьох) років поспіль з дати введення в дію Договору Страхування;
- 2) Під час укладення Договору Страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета договору;
- 3) Дотримуватися умов Договору Страхування;
- 4) Своєчасно та в повному обсязі вносити Страхові Премії згідно з Договором Страхування;
- 5) Письмово інформувати Страховика про зміни місця проживання, місця роботи, фактичного роду занять, діяльності, пов'язаної з роботою або регулярним відпочинком (заняття фізичною культурою і спортом, включаючи діяльність у професійному спорті, самодіяльний масовий спорт, хобі, тощо) та реквізитів банківського рахунку Застрахованої Особи та Страхувальника протягом 30 (тридцяти) календарних днів після таких змін;
- 6) Письмово повідомити Страховика про настання Страхового Випадку, протягом 10 (десяти) календарних днів з дня його настання і надавати Страховику в строк, встановлений в Договорі Страхування, всю

необхідну інформацію та документи, докази, необхідні Страховику для перевірки законності заяви про здійснення Страхової Виплати, встановлення факту, причин та обставин настання Страхового Випадку та визначення розміру належної Страхової Виплати. Страховик 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 Страховику 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 Страховиком письмової заяви Страхувальника та затвердження Страховиком внесення такої зміни до Договору Страхування, якщо інше не передбачено Договором Страхування.

10.5. Відповідальність Сторін:

За невиконання своїх обов'язків за 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 Страховиком 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 характеру події: до ДАІ, до служби швидкої медичної допомоги, органів пожежної охорони, аварійної служби газу тощо) та вжити всіх розумних (раціональних) заходів задля уникнення та/або мінімізації втрат або шкоди;
- 2) Під час укладення Договору Страхування надати правдиву та повну інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі 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 Страховика;
- 3) Письмово інформувати Страховика 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, включаючи діяльність у професійному спорті, самодіяльний масовий спорт, хобі, тощо) та реквізитів банківського рахунку Застрахованої Особи та Страхувальника протягом 30 (тридцяти) календарних днів після таких змін;
- 4) Письмово повідомити Страховика про настання Страхового Випадку, протягом 10 (десяти) календарних днів з дня його настання і надавати Страховику в строк, встановлений в Договорі Страхування, всю необхідну інформацію та документи, докази, необхідні Страховику для перевірки законності заяви про здійснення Страхової Виплати, встановлення факту, причин та обставин настання Страхового Випадку та визначення розміру належної Страхової Виплати. Страховик 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 Страховику для отримання Страхової Виплати повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, 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 Страховиком, а також сплати Страхувальником всіх витрат, пов'язаних із такими змінами, якщо Сторони не узгодять інший порядок.

11.2. Зміни до умов Договору Страхування оформлюються відповідним Додатком, який додається до Договору Страхування як його невід'ємна частина та підписується (засвідчується) уповноваженим представником Страховика.

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 Страховика, 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 Страхувальника та за згодою Застрахованої Особи. Страховик бере на себе зобов'язання з виконання умов Договору Страхування у тому випадку, якщо передачу прав та обов'язків за Договором Страхування було оформлено за письмовим погодженням зі Страховиком.

13. НАСЛІДКИ ВТРАТИ СТРАХУВАЛЬНИКОМ ПРАВ ЮРИДИЧНОЇ ОСОБИ

Якщо в період дії Договору Страхування Страхувальник – юридична особа припиняється і встановлюються його правонаступники, права та обов'язки Страхувальника згідно з Договором Страхування можуть перейти до його правонаступника.

14. ДОСТРОКОВЕ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ З ІНІЦІАТИВИ СТРАХУВАЛЬНИКА

14.1. Договір Страхування, що діяв та страхові послуги за яким надавались безперервно повні три роки, може бути достроково припиненим з ініціативи Страхувальника 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 Страхувальнику Викупну Суму, що розраховується відповідно до умов, наведених у таблиці, що є додатком до Страхового Поліса. Викупна Сума зменшується на будь-які суми коштів, належні Страховику за Договором Страхування та/або Кредитним Договором, в тому числі належні Страхові Премії, витрати, пов'язані з достроковим припиненням дії 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 Страхувальника.

15. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

15.1. Повідомлення про настання випадку, що має ознаки страхового, може здійснюватися Страхувальником, 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 Страхувальника, Застрахованої Особи, Вигодонабувача або інших осіб, які мають право на отримання Страхових Виплат згідно з Договором Страхування;
- 2) у випадку смерті Застрахованої Особи або Страхувальника - 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 свідоцтв про народження Застрахованої Особи / Страхувальника / Вигодонабувачів, нотаріально засвідчену копію документа, що посвідчує ступінь споріднення Вигодонабувача(-ів) із Застрахованою Особою/ Страхувальником (свідоцтво про шлюб тощо);
- 3) у разі Нещасного випадку – оригінали або копії, засвідчені нотаріально або закладом, який видав документ, 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/зміну групи інвалідності; довідки компетентних органів про причину встановлення інвалідності; матеріалів компетентних органів щодо розслідування причин смерті тощо;
- 4) у разі хвороби – оригінал або копію, засвідчену медичним закладом, який видав документ, медичної довідки про амбулаторне чи стаціонарне лікування Застрахованої Особи із зазначенням терміну лікування / дат госпіталізації, діагнозу на дату настання події та загальними висновками лікаря, оригінали або копії, засвідчені нотаріально або закладом, який видав документ, довідки медико-соціальної експертної комісії про встановлення/зміну групи інвалідності, листків непрацездатності за період тривання тимчасової непрацездатності, а також інші медичні документи, що стосуються події (рентгенівські знімки, висновки обстежень) тощо;
 - 5) копію 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 (свідцтво про спадщину тощо), на запит Страховика.

15.3. Підприємства, установи та організації зобов'язані у межах своєї компетенції надсилати 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 ВИПЛАТ ТА СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

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 за письмовою заявою особи, яка має право на отримання Страхової Виплати, також може здійснюватися у такі способи:

- 1) Ануїтет на строк, сплачуваний обумовленими рівними частинами;
- 2) Ануїтет на строк, сплачуваний протягом обумовленого терміну;
- 3) Довічний ануїтет;
- 4) Довічний ануїтет, гарантований на певний строк;
- 5) Довічний ануїтет, який може бути переданий подружжю Одержувача у розмірі 60% від суми Довічного ануїтету;

що оформлюється 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 обумовлених у Договорі Страхування сум (ануїтету), то такі виплати здійснюються авансом на початок відповідного періоду, але не пізніше, ніж через 5 робочих днів після початку дії Положення про порядок здійснення Страхових Виплат або місячного терміну дії Положення, згідно з умовами такого Положення та відповідним Додатком до Договору Страхування.

16.2. У разі застосування способів Страхових Виплат, передбачених підпунктами 1)- 5) пункту 16.1 Правил Страховик розраховуватиме суму для виплати відповідно до ставок інвестиційного доходу та нормативних витрат на ведення справи, які існуватимуть на момент здійснення такого розрахунку або укладання Договору Страхування або додаткової угоди до Договору Страхування, в яких буде зазначатись розмір такого ануїтету, а також відповідно до таблиці смертності для форм Страхових Виплат, передбачених в підпунктах 3), 4), та 5) пункту 16.1 цих Правил.

16.3. Застрахованій Особі, Страхувальнику, 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.

16.4. 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 заявлений спосіб не дозволяється.

16.5. Після здійснення першої ануїтетної виплати згідно з підпунктами 1)-5) пункту 16.1 Правил обраний спосіб здійснення Страхової Виплати не може бути змінено.

16.6. 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 вимагалися. Якщо таку перевірку не завершено протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання Страховиком всіх необхідних документів, Страховик повідомляє у письмовій формі причини 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.

16.7. Якщо вік та/або стать Застрахованої Особи, зазначені у відомостях, наданих Страховику для укладання Договору Страхування, є такими, що не відповідають 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.

16.8. У випадку недотримання Страхувальником 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 Страхувальника на дату подання заяви про здійснення Страхової Виплати.

16.9. У разі смерті Застрахованої Особи всю суму Страхової Виплати буде сплачено Вигодонабувачам, визначеним у Заяві або пізніше протягом дії Договору Страхування, які 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 Вигодонабувачі не визначені, Страхову Виплату буде здійснено спадкоємцям Застрахованої особи з урахуванням норм законодавства, чинних на момент здійснення виплати.

16.10. У випадку смерті Застрахованої Особи, належні, проте не отримані нею виплати за Договором Страхування, приєднуються до Страхової Виплати за основним ризиком смерті та підлягають виплаті визначеним Договором Страхування Вигодонабувачам.

17. ПІДСТАВИ ТА СТРОК УХВАЛЕННЯ РІШЕННЯ ПРО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

17.1. Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової Виплати з таких причин:

- 1) Надання Страхувальником, Застрахованою Особою або Вигодонабувачем неправдивої та/або помилкової інформації щодо предмету Договору Страхування або щодо настання Страхового Випадку;
- 2) Навмисні дії Страхувальника, 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 ділової репутації. Кваліфікація дій Застрахованої Особи, Страхувальника або Вигодонабувача встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
- 3) Вчинення Страхувальником, Застрахованою Особою або Вигодонабувачем умисного злочину, що призвів до Страхового Випадку;
- 4) Несвоєчасне повідомлення Страхувальником, 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 Страхувальником, 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 Страхувальнику, Застрахованій Особі, Вигодонабувачу або іншій особі, яка подала заяву про здійснення Страхової Виплати, в письмовій формі, **в тому числі електронною поштою, за погодженням із заявником**, 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.

17.3. При розгляді заяви про здійснення 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, Страховик має право відмовити у здійсненні Страхової Виплати за цією Програмою.

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'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- 3) Несплати Страхувальником Страхових Платежів протягом Пільгового Періоду та Дворічного періоду, при цьому Договір Страхування вважається достроково припиненим;
- 4) Порушення Страхувальником інших 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 Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків переходу прав та обов'язків Страхувальника згідно зі статтями 12 та 13 Правил, та інших випадків, передбачених відповідними положеннями законодавства;
- 9) В інших випадках, передбачених цими Правилами та законодавством України;
- 10) Надання Страхувальником, Застрахованою Особою або Вигодонабувачем неправдивої та/або помилкової інформації щодо предмету Договору Страхування або щодо настання Страхового Випадку.

18.2. У разі дострокового припинення дії Договору Страхування Страховик виплачує Страхувальнику Викупну суму, яка є майновим правом Страхувальника за Договором Страхування.

19. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

Всі спори, що виникають між Сторонами Договору Страхування – Страховиком та Страхувальником 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 Страхувальник 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 Страхувальника 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 надавались 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 розраховуватися 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, вторгнення, повстання, громадські безпорядки, 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, Викупної 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 Викупної Суми станом на останню річницю дати набрання чинності Договором Страхування за вирахуванням:

- 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 перерахунку за рік, строк сплати яких настав на дату надання кредиту.
- 20.4.3. Відсоткова ставка за користування кредитом визначається Страховиком та повідомляється Страхувальнику. 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 Викупну Суму, дія Договору Страхування автоматично припиняється, про що Страхувальнику 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 Страхувальником Страховику за Договором, може бути повернено, повністю або частково, в будь-який час до настання смерті Застрахованої Особи. В такому випадку Страхувальник 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 обмежуючись, визначення розміру Страхової Суми за конкретним страховим ризиком, пріоритетну силу мають умови Страхового Поліса (Додатку, Договору Страхування).
- 20.6. Страховик може розміщувати інформацію щодо процедур, пов'язаних з укладанням та виконанням Договору Страхування, на своїй офіційній інтернет-сторінці.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Операційний директор

Україна, м. Київ, вул. Шарвадзе/

Директор відділу по роботі з банківськими клієнтами

Г.Є. Сиза/

Додаток №1.1
Договору добровільного страхування життя
за пакетом програм «Мое здоров'я»
(приєднання) № MZ-1_20.05.2019
(Публічна частина, оферта) від «15» вересня 2022 року

Додаток 1-10

Програма страхування додаткових ризиків Страхування 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, 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. 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

Страховим Випадком згідно з цією Програмою є Постійна Непрацездатність Застрахованої Особи внаслідок Нещасного випадку.

- 2.1. Постійна Непрацездатність визначається за допомогою спеціальної Таблиці Видів Втрат. Страховик здійснює Застрахованій Особі Страхові Виплати, які дорівнюють частині 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 професія чи місце роботи Застрахованої Особи.
- 2.3. Загальна сума Страхових Виплат, яка сплачується через настання декількох видів 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, якби 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 Випадку «Постійна та Повна Непрацездатність» згідно з цією Програмою, але настання такого Страхового Випадку не зумовлює припинення дії Договору Страхування в цілому.
- 2.7. Визначення Виду Втрати:
- 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 невіднову 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 невіднову втрату слуху або мовлення.
- 2.8. Будь-які випадки Втрати органів або частин тіла, що мають постійну аномалію або патологію, яка існувала до настання Нещасного випадку, виключаються зі Страхових Випадків 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 Випадку мав 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 слабоумство	100%	
Постійна Часткова Непрацездатність:		
<u>Голова:</u>		
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%	
<u>Верхні кінцівки</u>	Права	Ліва
Втрата однієї руки або кисті	60%	50%
Значна втрата кісткової тканини руки (чітко виражене та невиліковне ураження)	50%	40%

<i>Непрацездатність</i>	<i>Розмір Страхової Виплати (у відсотках від Страхової Суми)</i>	
Повний параліч верхньої кінцівки (невиліковне ураження нервів)	65%	55%
Повний параліч огиального 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 серединного 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%
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%
<u>Нижні Кінцівки</u>		
Повна втрата нижньої кінцівки на рівні верхньої половини стегна	60%	
Повна втрата нижньої кінцівки на рівні нижньої половини стегна	50%	
Повна втрата стопи (dezартикуляція на рівні гомілковостопного суглоба)	45%	
Часткова втрата стопи (dezартикуляція на рівні підтаранного суглоба)	40%	
Часткова втрата стопи (dezартикуляція на рівні поперечного суглоба стопи)	35%	

<i>Непрацездатність</i>	<i>Розмір Страхової Виплати (у відсотках від Страхової Суми)</i>
Часткова втрата стопи (передплюсно-плюсна дезартикуляція)	30%
Повний параліч нижньої кінцівки (невеликовне 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 (невеликовний стан)	60%
Втрата кісткової тканини наколінка зі значним розходженням фрагментів та значним обмеженням рухів при випрямленні ноги	40%
Втрата кісткової тканини наколінка 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 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 у 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 таким фахом:
- особи, що працюють із вибуховими речовинами, піротехніки;
 - каскадери;
 - циркові артисти (акробати, дресирувальники);
 - 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);
 - аварійно-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;
- 4.2.2. 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;
 - 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 пасажирські повітряні перевезення за встановленим маршрутом для пасажирських перевезень;
 - 4.2.4. Пересування на підводному човні будь-якого типу;
 - 4.2.5. Тренування або пілотування або перебування в якості пасажирів на планері або планері, який пілотується вручну, у випадку стрибка з парашутом Застрахованої Особи;
 - 4.2.6. Участь у військових маневрах, навчаннях, випробовуванні 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, вихлопними 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 (CO, CO₂) або іншим летючим продуктом горіння 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 передує Даті Початку дії цієї Програми, окрім випадків, якщо Договір Страхування діяв та страхові послуги надавались протягом 3 (трьох) років поспіль з дати введення в дію Договору Страхування;
 - 4.2.10. Тілесні ушкодження, спричинені прямо чи опосередковано, повністю або частково будь-яким інфекційним бактеріальним зараженням, за винятком інфекційного зараження внаслідок порізу або поранення, що сталися випадково;
 - 4.2.11. Проходження будь-яких експериментальних, дослідних та діагностичних процедур;
 - 4.2.12. Лікування у фахівців з мануальної терапії, остеопатів або інших фахівців, які займаються нетрадиційним (альтернативним) лікуванням;
 - 4.2.13. Вакцинація та наслідки вакцинації;
 - 4.2.14. 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 4.2.1 цієї Програми. Дія цього виключення зі Страхових Випадків не розповсюджується на Застрахованих Осіб, які вказали пересування мотоциклетним транспортним засобом як своє хобі та надали роз'яснення на вимогу Страховика, що було враховано під час оцінки страхових ризиків та розрахунку розміру Страхової Премії за Програмою та підтверджено відповідною доплатою згідно таких розрахунків, окрім випадків коли подія сталась на мотоциклетному засобі, що класифікується як спортивний, чи внаслідок порушення водієм мотоциклетного транспортного засобу Правил дорожнього руху, Правил експлуатації транспортного засобу, будь яких Законів та/або підзаконних актів (що регулюють безпеку на автошляхах) держави, на території якої стався Нещасний Випадок;
 - 4.2.15. Тілесні ушкодження внаслідок Нещасного випадку, які спричинили килу, люмбаго або запалення сідничного нерва.

5. 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 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 дію цієї Програми, 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 дія 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 під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або
7.3.4. У чергову річницю дії цієї Програми після 65 (шістдесят п'ятого) дня народження Застрахованої Особи, незалежно від того, чи продовжує діяти Договір Страхування; або
7.3.5. Страхова Премія за цією 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 Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком зобов'язання повернення Страхувальнику, 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. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);
8.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
8.1.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);
8.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);
8.1.5. Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25).

8.2. 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 додатково Страхової Премії.

8.3. Страховик має право відмовитися вносити будь-які зміни до Договору Страхування після настання Страхового Випадку за цією Програмою.

8.4. 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 відмовитись від таких змін протягом тридцяти днів. Якщо Страхувальник 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 її дії шляхом письмового повідомлення Страхувальника.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Операційний директор


Д.З. Шарвадзе/

«МетЛайф»
Директор відділу по роботі з фінансовими установами
код 32109907
/ Г.Є. Сиза/


Додаток №1.2
Договору добровільного страхування життя
за пакетом програм «Мое здоров'я»
(приєднання) № MZ-1_20.05.2019
(Публічна частина, оферта) від «15» вересня 2022 року

Додаток 1-13

Програма страхування додаткових ризиків Страхування на випадок тілесних ушкоджень 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, 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 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 терміни матимуть таке значення:

2.1. **Нещасний випадок** - випадкова, зовнішня, насильницька, 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, як 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 непрацездатності Застрахованої Особи.

2.3. **Тілесне ушкодження** – травма(и), або будь-які наслідки травми, що одержала Застрахована Особа, які зазначені в Таблиці визначення розміру Страхових Виплат для тілесних ушкоджень та доповненнях 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.

3.5. При цьому, Страховим Випадком не вважається отримання забоїв, садна, припухлостей та набряків м'яких тканин.

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) Забій головного мозку, субарахноїдальний крововилив г) Залишкові чужорідні тіла в порожнині черепа (за винятком швів та пластикових елементів) г) Розтрощення (або розчавлення) речовини головного мозку (без зазначення симптомів і ознак)	3% 5% 10% 15% 50%

	<p>Примітка:</p> <p>1. Якщо у зв'язку з черепно-мозковою травмою проводилося оперативне втручання на кістках черепа, головному мозку та його оболонках, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 10% Страхової Суми.</p> <p>2. У випадку, якщо внаслідок однієї травми Застрахована Особа зазнає ушкоджень, перерахованих в одній статті, Страхову Виплату буде здійснено у розмірі, передбаченому для найтяжчого ушкодження.</p> <p>У разі ушкоджень, зазначених в різних статтях, страхова сума виплачується з урахуванням кожного з них шляхом додавання.</p>	
4	<p>Ушкодження нервової системи (травматичне, токсичне, гіпоксичне), що спричинило:</p> <p>а) астенічний синдром, дистонію, енцефалопатію у дітей у віці до 16 років</p> <p>б) арахноїдит, енцефаліт (захворювання), арахноенцефаліт</p> <p>в) епілепсію</p> <p>г) верхній або нижній монопарез (парез однієї верхньої або нижньої кінцівки)</p> <p>г) гемі- або парапарез (парез обох верхніх або обох нижніх кінцівок, парез правих або лівих кінцівок), амнезію (втрату пам'яті)</p> <p>д) моноплегію (параліч однієї кінцівки)</p> <p>е) тетрапарез (парез верхніх та нижніх кінцівок), порушення координації рухів, слабоумство (деменцію)</p> <p>є) гемі-, пара- або тетраплегію, афазію (втрату мовлення), декортикацію, порушення функції тазових органів.</p> <p>Примітка:</p> <p>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 підтверджено медичною документацією такого закладу. При цьому Страхова Виплата здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої внаслідок настання Страхового Випадку, що призвів до ураження нервової системи. Загальна сума виплат не може перевищувати 100 %.</p> <p>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.</p> <p>3. У разі зниження гостроти зору або зниження слуху в результаті черепно-мозкової травми Страхова Виплата здійснюється в сумі, розрахованій з урахуванням такої травми та зазначених ушкоджень за відповідними статтями шляхом додавання.</p>	<p>5%</p> <p>10%</p> <p>15%</p> <p>30%</p> <p>40%</p> <p>60%</p> <p>70%</p> <p>100%</p>

5	<p>Периферичне ушкодження одного або декількох черепно-мозкових нервів.</p> <p>Примітка: Якщо ушкодження черепно-мозкових нервів настало через перелом основи черепа, Страхова Виплата здійснюється за ст.1; ст.5 у такому випадку не застосовується.</p>	10%
6	<p>Травма спинного мозку на будь-якому рівні, кінського хвоста, поліомієліт (захворювання), без зазначення симптомів:</p> <p>а) забиття</p> <p>б) здавлювання, гематомієлія, поліомієліт</p> <p>в) частковий розрив</p> <p>г) повний розрив спинного мозку</p> <p>Примітка:</p> <p>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.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою хребта та спинного мозку проводились оперативні втручання, додатково одноразово здійснюється Виплата у розмірі 15 % Страхової суми.</p>	<p>10%</p> <p>30%</p> <p>50%</p> <p>100%</p>
7	Травматичні неврити на одній кінцівці (за виключенням невриту пальцевих нервів)	5%
8	<p>Ушкодження (розрив, поранення) шийного, плечового, поперекового, крижового сплетінь:</p> <p>а) травматичний плексит</p> <p>б) частковий розрив сплетіння</p> <p>в) розрив сплетіння</p> <p>Примітка:</p> <p>1. Ст. 7 та 8 одночасно не застосовуються.</p> <p>2. Невралгії, невропатії, що виникли у зв'язку з травмою, не є підставою для здійснення Страхової Виплати.</p>	<p>10%</p> <p>40%</p> <p>70%</p>
9	<p>Розрив нервів:</p> <p>а) гілок променевого, ліктьового, серединного (пальцевих нервів) на кисті</p> <p>б) одного: променевого, ліктьового або серединного на рівні променево-зап'ясткового суглоба та передпліччя; малогомілкового або великогомілкового нервів</p> <p>в) двох та більше: променевого, ліктьового або серединного на рівні променево-зап'ясткового суглоба та передпліччя; малогомілкового або великогомілкового нервів</p> <p>г) одного: пахового, променевого, ліктьового або серединного – на рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного або кульшового (затуплого)</p>	<p>5%</p> <p>10%</p> <p>20%</p> <p>25%</p>

	г) двох та більше: пахвового, променевого, ліктьового або серединного – на рівні ліктьового суглоба та плеча, сідничного або кульшового (затульного)	40%
	Примітка. Ушкодження нервів на рівні стопи, пальців стопи та кисті не є підставою для здійснення Страхової Виплати.	
	ОРГАНИ ЗОРУ	
10	Параліч акомодатії 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, хоріоретиніт, іридоцикліт, заворот повіка, дефект райдужної оболонки, зміна форми зіниці, рубці оболонок очного яблука	10%
15	Ушкодження слезопровідних шляхів одного ока	10%
16	Опіки II, III ступенів, поранення очного яблука, що не проникає, гемофтальм, зміщення кришталика, 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) 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.	5% 15% 50%

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
	ОРГАНИ СЛУХУ	
21	Травма вушної раковини, що спричинила: а) перелом хряща б) втрату менше 1/3 частини вушної раковини в) втрату 1/2 частини вушної раковини г) повну втрату вушної раковини	2% 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 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.	3% 5%
	СИСТЕМА ДИХАННЯ	
25	Перелом, вивих кісток, хряща носа, передньої стінки лобної, гайморової пазухи, решітчастої кістки Примітка: Якщо в зв'язку з переломом, вивихом кісток, хряща 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.	5%

26	<p>Травма легені, підшкірна емфізема, гемоторакс, пневмоторакс, пневмонія, ексудативний плеврит, стороннє тіло (тіла) грудної порожнини:</p> <p>а) з одного боку б) з двох боків</p> <p>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, грудини спричинили ускладнення, передбачені ст.26, Страхову Виплату за цією статтею буде здійснено додатково до Страхової Виплати за ст.28, 29.</p>	<p>5% 10%</p>
27	<p>Травма грудної клітки та її органів, що спричинило:</p> <p>а) легеневу недостатність (після закінчення тримісячного терміну з дати отримання травми) б) видалення долі, частини легені в) видалення однієї легені</p> <p>Примітка: У разі здійснення Страхової Виплати за ст.27 (б, в) ст.27 (а) не застосовується.</p>	<p>10% 40% 60%</p>
28	Перелом грудини	10%
29	<p>Перелом ребра, за кожне</p> <p>Примітка: 1. У разі перелому ребер під час реанімаційних заходів Страхова Виплата здійснюється на загальних підставах. 2. Перелом хрящової 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.</p>	3%
30	<p>Травма грудної клітки з проникненням, торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, проведені у зв'язку з травмою:</p> <p>а) торакоскопія, торакоцентез, травма з проникненням без ушкодження органів грудної порожнини, що не потребувало проведення торакотомії торакотомія: б) за відсутності ушкодження органів грудної порожнини в) за ушкодження органів грудної порожнини г) повторні торакотомії (незалежно від їх кількості)</p> <p>Примітка:</p>	<p>5% 10% 15% 10%</p>

	<p>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.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою грудної порожнини проводились торакоскопія, торакоцентез, торакотомія, одноразово здійснюється Страхова Виплата, сума якої розраховується відповідно до найскладнішого втручання.</p>	
31	<p>Ушкодження гортані, трахеї, щитоподібного хряща, перелом під'язикової кістки, опік верхніх дихальних шляхів, що не спричинили порушення функції.</p> <p>Примітка: Якщо у зв'язку з травмою проводилась бронхоскопія, трахеостомія (трахеотомія), додатково здійснюється Страхова Виплата в розмірі 5 % Страхової Суми.</p>	5%
32	<p>Травма гортані, трахеї, під'язикової кістки, щитоподібного хряща, трахеостомія, проведена у зв'язку з травмою, що спричинили:</p> <p>а) осиплість або втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менше 3 місяців з дати отримання травми</p> <p>б) втрату голосу, носіння трахеостомічної трубки протягом не менше 6 місяців з дати отримання травми</p> <p>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.</p>	10% 20%
СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА		
33	Травма серця, його оболонки та великих магістральних судин, що не спричинили серцево-судинну недостатність	25%
34	<p>Травма серця, його оболонки та великих магістральних судин, що спричинили серцево-судинну недостатність:</p> <p>а) I ступеня</p> <p>б) II-III ступенів</p> <p>Примітка: Якщо у медичному висновку не зазначено ступінь серцево-судинної недостатності, то сума Страхової Виплати розраховується згідно зі ст. 34(а).</p>	10% 25%
35	<p>Ушкодження великих периферійних судин (що не спричинило порушення кровообігу) на рівні:</p> <p>а) плеча, стегна</p> <p>б) передпліччя, гомілки</p>	10% 5%
36	Ушкодження великих периферійних судин (що не спричинило порушення кровообігу)	20%

	<p>Примітка:</p> <p>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.</p> <p>До великих периферійних судин слід відносити: підключичні, пахвові, плечові, ліктьові та променеві артерії, клубові, стегнові, підколінні, передні та задні великогомілкові артерії; підключичні, пахвові, стегнові та підколінні вени.</p> <p>2. Якщо Застрахована Особа у 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).</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
	ОРГАНИ ТРАВЛЕННЯ	
37	<p>Перелом верхньої щелепи, виличної кістки або нижньої щелепи, вивих щелепи:</p> <p>а) перелом однієї кістки, вивих щелепи</p> <p>б) перелом двох та більше кісток або подвійний перелом однієї кістки</p> <p>Примітка:</p> <p>1. У разі перелому щелепи, що настав випадково під час стоматологічних маніпуляцій, Страхова Виплата здійснюється на загальних підставах.</p> <p>2. Перелом альвеолярного відростка, що настав під час втрати зубів, не є підставою для здійснення Страхової Виплати.</p> <p>3. Якщо у зв'язку з травмою щелеп, виличних кісток проводились оперативні втручання, додатково одноразово здійснюється Страхова Виплата у розмірі 5 % Страхової Суми.</p>	<p>5%</p> <p>10%</p>
38	<p>Звичний вивих щелепи</p> <p>Примітка. У разі звичного вивиху нижньої щелепи Страхова Виплата здійснюється додатково до страхової Виплати згідно зі ст. 37, якщо це ускладнення настало в результаті травми, отриманої в період дії Договору Страхування, та протягом 3 років після такої травми. У разі рецидивів звичного вивиху щелепи Страхова Виплата не здійснюється.</p>	10%

39	<p>Травма щелепи, що спричинила втрату:</p> <p>а) частини щелепи (за виключенням альвеолярного відростка) 40%</p> <p>б) щелепи 80%</p> <p>Примітка:</p> <p>1. Сума Страхової Виплати на випадок втрати щелепи або її частини включає суму Страхової Виплати на випадок втрати зубів незалежно від їх кількості.</p> <p>2. У випадках, коли травма щелепи супроводжувалась ушкодженням інших органів ротової порожнини, відсоток Страхової Суми, належної до сплати визначається з урахуванням таких ушкоджень згідно з відповідними статтями шляхом додавання.</p> <p>3. У разі здійснення Страхової Виплати згідно зі ст.39 додаткові Страхові Виплати з приводу оперативного втручання не здійснюються.</p>	
40	Травма язика, порожнини рота (поранення, опік, відмороження), що спричинила виникнення рубців (незалежно від їх розміру)	3%
41	<p>Травма язика, що спричинила :</p> <p>а) відсутність кінчика язика 10%</p> <p>б) відсутність дистальної третини язика 15%</p> <p>в) відсутність язика на рівні середньої третини 30%</p> <p>г) відсутність язика на рівні кореня або повна відсутність язика 60%</p>	
42	<p>Травма зубів, що спричинила:</p> <p>а) відлам коронки зуба, перелом зуба (коронки, шийки, кореня), вивих зуба 3%</p> <p>Втрату:</p> <p>б) 1 зуба 5%</p> <p>в) 2-3 зубів 10%</p> <p>г) 4-6 зубів 15%</p> <p>ґ) 7-9 зубів 20%</p> <p>д) 10 і більше зубів 25%</p> <p>Примітка:</p> <p>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.</p> <p>2. У разі втрати або переломі молочних зубів у дітей до 5 років Страхова Виплата здійснюється на загальних підставах.</p> <p>3. У разі втрати зубів та перелому щелепи сума Страхової Виплати розраховується згідно зі ст.37 та 42 шляхом додавання.</p> <p>Якщо у зв'язку з травмою зуба 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.</p>	

	5. Якщо видалений у зв'язку з травмою зуб 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, кишечника, а також езофагогастроскопія, проведена у зв'язку з цими ушкодженнями або з метою видалення сторонніх 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 гастростоми), а також стан після пластики стравоходу 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, сплачуваної після ухвалення остаточного рішення.	40% 100%
45	Травма (розрив, опік, поранення) органів травлення, випадкове гостре отруєння, що спричинила: а) холецистит, дуоденіт, гастрит, панкреатит, ентерит, коліт, проктит, парапроктит б) рубцеве звуження (деформацію) шлунка, кишечника, задньопроехідного отвору в) спайкову хворобу, стан після операції з приводу спайкової непрохідності г) кишкова нориця, кишково-піхвова нориця, нориця підшлункової залози 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 у тому випадку, якщо їх підтверджено довідкою лікувально-профілактичного заклад. 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.	5% 15% 25% 50% 100%

	<p>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.</p>	
46	<p>Кила, що утворилася на місці пошкоджень 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.</p> <p>Примітка:</p> <p>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.</p> <p>2. Кили живота (пупкові, білої лінії, пахові та пахово-каліткові), що виникли в результаті підймання ваги, не є підставою для здійснення Страхової Виплати.</p>	10%
47	<p>Травма печінки внаслідок травми або випадкового гострого отруєння, що спричинила:</p> <p>а) підкапсульний розрив печінки, що не потребував оперативного втручання, гепатит, сироватковий гепатит (захворювання і не є результатом травми), що розвинувся безпосередньо у зв'язку з травмою, гепатоз (захворювання)</p> <p>б) печінкову недостатність (захворювання)</p>	5% 10%
48	<p>Травма печінки, жовчного міхура, що спричинила:</p> <p>а) ушивання розривів печінки або видалення жовчного міхура</p> <p>б) ушивання розривів печінки та видалення жовчного міхура</p> <p>в) видалення частини печінки</p> <p>г) видалення частини печінки та жовчного міхура</p>	15% 20% 25% 35%
49	<p>Травма селезінки, що спричинила:</p> <p>а) субкапсульний розрив селезінки, що не потребував оперативного втручання</p> <p>б) видалення селезінки</p>	5% 30%
50	<p>Травма шлунка, підшлункової залози, кишечника, брижі, що спричинила:</p> <p>а) утворення хибної кисти підшлункової залози</p> <p>б) резекцію шлунка, кишечника, підшлункової залози</p> <p>в) видалення шлунка</p> <p>Примітка: У разі наслідків травми, перерахованих в одному підпункті, Страхова Виплата здійснюється одноразово. Однак, якщо травма різних органів спричинить ускладнення, зазначені в різних підпунктах, сума Страхової Виплати розраховується з урахуванням кожного з них шляхом додавання.</p>	20% 30% 60%

51	<p>Травма органів черевної порожнини, у зв'язку з якої проведено:</p> <p>а) лапароскопію (лапароцентез) 5%</p> <p>б) лапаротомію у разі підозри на пошкодження органів черевної порожнини (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом) 10%</p> <p>в) лапаротомію у разі ушкодження органів черевної порожнини (в тому числі з лапароскопією, лапароцентезом) 15%</p> <p>г) повторні лапаротомії (незалежно від їх кількості) 10%</p> <p>Примітка:</p> <p>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.</p> <p>2. Якщо внаслідок однієї травми будуть пошкоджені різні органи черевної порожнини, з яких один або декілька буде видалено, а інший (інші) – ушиті, Страхова Виплата здійснюється згідно з відповідними статтями та ст.51(в) одноразово.</p> <p>3. В тому випадку, коли внаслідок однієї травми буде пошкоджено органи травної, сечовивідної або статеві системи (без їх видалення), додатково здійснюється Страхова Виплата за ст.55 (5 %).</p>	
СЕЧОВИВІДНА ТА СТАТЕВА СИСТЕМА		
52	<p>Травма нирки, що спричинила:</p> <p>а) забиття нирки, підкапсульний розрив нирки, що не потребував оперативного втручання 5%</p> <p>б) видалення частини нирки 30%</p> <p>в) видалення нирки 60%</p>	
53	<p>Травма органів сечовивідної системи (нирок, сечоводів, сечового міхура, сечовипускального каналу), що спричинила:</p> <p>а) цистит, уретрит 5%</p> <p>б) гостру ниркову недостатність, пієліт, пієлоцистит 10%</p> <p>в) зменшення обсягу сечового міхура 15%</p> <p>г) гломерулонефрит (захворювання), пієлонефрит, звуження сечоводу, сечовипускального каналу 25%</p> <p>г) синдром довготривалого роздавлювання (травматичний токсикоз, краш-синдром, синдром роздроблення), хронічну ниркову недостатність 30%</p> <p>д) непрохідність сечоводу, сечовипускального каналу, сечостатеві нориці 40%</p> <p>Примітка:</p> <p>1. Якщо внаслідок травми настане порушення функції кількох органів сечовивідної системи, відсоток Страхової Суми, належної до сплати, визначається за одним з підпунктів ст.53, що враховує найбільш тяжкий наслідок травми.</p>	

	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.	
54	Оперативні втручання, проведені у зв'язку з травмою органів сечовивідної 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 статеві або сечовивідної системи: а) поранення, розрив, опік, відмороження б) звалтування особи у віці: до 14 років з 14 до 18 років	5% 50% 30%
56	Ушкодження статеві системи, що спричинило: а) видалення одного яєчника, маточної труби, яєчка б) видалення обох яєчників, обох маточних труб, яєчок, частини (<50%) статевого члена в) втрату матки у жінок у віці: до 40 років з 40 до 50 років 50 років і старше г) перелом статевого члена, що не призвів до видалення д) втрату (>50%) статевого члена, обох яєчок	15% 30% 50% 30% 15% 10% 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) в) втрата матки (в тому числі з придатками) у віці: до 40 років з 40 до 50 років 50 років і старше	15% 30% 50% 30% 15%

	<p>Примітка 1. В умовах цієї Програми позаматкова вагітність та патологічні пологи прирівнюються до тілесних ушкоджень, як визначено у п.2.3 цієї Програми.</p> <p>Примітка 2. У тих випадках, коли під час операції з приводу позаматкової вагітності одночасно з вагітною трубою видаляється (перев'язується) й друга маточна труба у зв'язку з її захворюванням або з метою стерилізації, Страхова Виплата здійснюється згідно зі ст.57 (б).</p>	
	М'ЯКІ ТКАНИНИ	
58	<p>Травма м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, підщелепної області, вушних раковин, що спричинила після загоєння:</p> <p>а) утворення рубців площиною від 0,5 до 1,0 кв. см</p> <p>б) утворення рубців площиною 1,0 кв. см і більше або довжиною 5 см і більше</p> <p>в) значне порушення косметики (до 40% поверхні)</p> <p>г) різке порушення косметики (від 41% до 70% поверхні)</p> <p>д) спотворювання (більше 70% поверхні)</p> <p>Примітка:</p> <p>1. До косметично помітних рубців відносяться рубці, що відрізняються за забарвленням від навколишньої шкіри, втягнені або ті, що виступають над її поверхнею, стягують тканини.</p> <p>Спотворювання - це різка зміна природного вигляду обличчя людини в результаті механічного, хімічного, термічного ті інших насильницьких впливів.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з переломом кісток лицьового черепа (кісток обличчя) зі зміщенням уламків було проведено операцію (відкрита репозиція), внаслідок чого на обличчі утворився рубець, сума Страхової Виплати розраховується з урахуванням перелому та післяопераційного рубця, якщо такий рубець порушує косметику.</p> <p>3. Якщо в результаті пошкодження м'яких тканин обличчя, передньо-бокової поверхні шиї, 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.</p>	<p>5%</p> <p>5%</p> <p>10%</p> <p>30%</p> <p>70%</p>
59	<p>Травма м'яких тканин волосистої частини голови, тулуба, кінцівок, що спричинила після загоєння утворення рубців площиною:</p> <p>а) від 2,0 до 5,0 кв. см або довжиною 5 см і більше</p> <p>б) від 5 кв. см до 25 кв. см</p> <p>в) від 26 кв. см до 100 кв. см</p> <p>г) від 101 кв. см до 200 кв. см</p> <p>г) від 201 кв. см до 300 кв. см</p>	<p>3%</p> <p>5%</p> <p>10%</p> <p>15%</p> <p>20%</p>

	<p>д) від 301 кв. см до 400 кв. см е) від 401 кв. см до 500 кв. см є) від 501 кв. см до 750 кв. см ж) 751 кв. см та більше</p> <p>Примітка: 1. Під час визначення площини рубців слід враховувати й рубці, що утворилися на місці взяття шкіряного трансплантата для заміщення дефекту ураженої ділянки шкіри. 2. Якщо Страхова Виплата здійснюється у зв'язку з оперативним втручанням (у разі відкритих ушкоджень, пластики сухожиль, зшиванні судин, нервів тощо), ст.59 не застосовується.</p>	<p>25% 30% 35% 40%</p>
60	<p>Травма м'яких тканин тулуба, кінцівок, що спричинила утворення пігментних плям площиною (% поверхні тіла):</p> <p>а) від 50 кв. см до 100 кв. см б) від 101 кв. см до 500 кв. см в) від 501 кв. см до 750 кв. см г) 751 кв. см і більше</p> <p>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.</p>	<p>3% 5% 10% 15%</p>
61	<p>Опікова хвороба, опіковий шок</p> <p>Примітка: Страхова Виплата згідно зі ст.61 сплачується додатково до Страхової Виплати, що здійснюється у зв'язку з отриманням опіку.</p>	<p>10%</p>
62	<p>Травма м'яких тканин:</p> <p>а) не видалені чужорідні тіла б) м'язова кіла, посттравматичний періостит, гематома, що не розсмокталася, площиною не менше 2 кв. см, неповний розрив м'язів в) розрив сухожиль, за виключенням пальців кисті, взяття ауотрансплантата з іншого відділу опорно-рухового апарата, повний розрив м'язів</p> <p>Примітка: 1. Страхова Виплата у зв'язку з гематомою, що не розсмокталася, не видаленими чужорідними тілами, м'язовою килою або посттравматичним періоститом здійснюється у тому випадку, якщо такі ускладнення мають місце після закінчення періоду тривалістю 1 місяць після отримання травми.</p>	<p>3% 5% 7%</p>
ХРЕБЕТ		
63	<p>Перелом, перелоמו-вивих або вивих тіл, дужок та суглобних відростків хребців (за виключенням крижі та куприка):</p> <p>а) одного-двох б) трьох - п'яти</p>	<p>20% 30%</p>

	в) шести і більше	40%
64	Розрив міжхребцевих зв'язок (за тривалості лікування не менше 14 днів), підвивих хребців (за виключенням куприка) Примітка: У разі рецидивів підвивиху хребця Страхова Виплата не здійснюється.	5%
65	Перелом кожного поперечного або остистого відростка	3%
66	Перелом крижі	10%
67	Ушкодження куприка: а) підвивих куприкових хребців б) вивих куприкових хребців в) перелом куприкових хребців 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 вивих хребців супроводжувався 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 поперечних або остистих відростків, сума Страхової Виплати розраховується згідно зі статтею, що передбачає найбільш тяжку травму. Страхова Виплата здійснюється одноразово.	5% 10% 15%
ВЕРХНЯ КІНЦІВКА, ЛОПАТКА ТА КЛЮЧИЦЯ		
68	Перелом лопатки, ключиці, повний або частковий розрив акроміально-ключичного, грудинно-ключичного зчленувань: а) перелом, вивих однієї кістки, розрив одного зчленування б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки, розрив двох зчленувань або перелом, вивих однієї кістки та розрив одного зчленування, перело-мовивих ключиці в) розрив двох зчленувань та перелом однієї кістки, перелом двох кісток та розрив одного зчленування 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.	5% 10% 15% 15%

	3. Страхова Випадку 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 підтверджено довідкою такого закладу. Таку Виплату буде здійснено додатково.	
	ПЛЕЧОВИЙ СУГЛОБ	
69	Травми області плечового суглоба (суглобної западини лопатки, голівки плечової кістки, анатомічної, хірургічної шийки, горбиків, суглобної сумки): а) розрив сухожиль, капсули суглоба, відриви 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), перелоμο-вивих плеча г) розрив зв'язок д) ушкодження зв'язок, що вимагає накладання фіксуючої пов'язки	5% 10% 15% 5% 2%
70	Травма плечового поясу, що спричинило: а) звичний 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 плечового 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 підтверджено медичною документацією такого закладу. 2. У випадку, якщо у зв'язку з травмою плечового суглоба буде проведено оперативні втручання, додатково буде здійснено Виплату у розмірі 10 % від Страхової Суми. 3. Страхова Виплата у разі звичного вивиху плеча здійснюється у випадку, якщо він настав протягом 3 років після первинного вивиху, отриманого Застрахованою Особою в період дії Договору Страхування. Діагноз звичного вивиху плеча має бути підтверджено медичною документацією з лікувального закладу, в якому проводилось його вправлення. У випадку рецидивів звичного вивиху плеча Страхова Виплата не здійснюється.	15% 20% 40%
	ПЛЕЧЕ	

71	Перелом плечової кістки: а) на будь-якому рівні б) подвійний перелом	15% 20%
72	Перелом плечової 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.	40%
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	Травма ділянки ліктьового суглоба: а) гемартроз, пронаційний підвивих передпліччя б) відриви кісткових фрагментів, у тому числі надвиростків плечової кістки, перелом променевої або ліктьової кістки, вивих кістки в) перелом променевої та ліктьової кістки, вивих передпліччя г) перелом плечової кістки разом з променевою та ліктьовою кістками д) розрив зв'язок е) ушкодження зв'язок, що вимагає накладання фіксуючої пов'язки 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% 20% 5% 2%
75	Травма 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:	40% 50%

	<p>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.</p> <p>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.</p>	
	ПЕРЕДПЛІЧЧЯ	
76	<p>Перелом кісток передпліччя на будь-якому рівні, за виключенням області суглобів:</p> <p>а) перелом, вивих однієї кістки</p> <p>б) перелом двох кісток, подвійний перелом однієї кістки</p>	<p>10%</p> <p>15%</p>
77	<p>Перелом, що не зрісся (хибний суглоб) кісток передпліччя:</p> <p>а) однієї кістки</p> <p>б) двох кісток</p> <p>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.</p>	<p>20%</p> <p>40%</p>
78	<p>Травматична ампутація або тяжка травма, що спричинила:</p> <p>а) ампутацію передпліччя на будь-якому рівні</p> <p>б) екзартикуляцію у ліктьовому суглобі</p> <p>в) ампутацію єдиної кінцівки на рівні передпліччя</p> <p>Примітка:</p> <p>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.</p> <p>2. Якщо Страхову Виплату було здійснено згідно зі ст.78, додаткова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.</p>	<p>65%</p> <p>70%</p> <p>100%</p>
	ПРОМЕНЕВОЗАП'ЯСНИЙ СУГЛОБ	
79	<p>Травма ділянки променевоzap'ясного суглоба:</p> <p>а) перелом однієї кістки передпліччя, відрив шилоподібного відростка (відростків), відрив кісткового фрагмента (фрагментів), вивих голівки ліктьової кістки</p> <p>б) перелом двох кісток передпліччя</p> <p>в) перилунарний вивих кисті</p> <p>г) розрив зв'язок</p>	<p>5%</p> <p>10%</p> <p>15%</p> <p>5%</p>

	д) ушкодження зв'язок, що вимагає накладання фіксуєчої пов'язки	2%
80	Травма ділянки променевоzap'ясного суглоба, що спричинила відсутність рухомості (анкілоз) цього суглоба Примітка: 1. Страхова Виплата за ст.80 здійснюється додатково до Страхової Виплати, здійсненої у зв'язку з травмами променевоzap'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 променевоzap'ясного суглоба проводились оперативні втручання, додатково здійснюється Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми.	15%
	КИСТЬ	
81	Перелом або вивих кісток зап'ястка, п'ясних кісток однієї кисті: а) однієї кістки (крім човноподібної) б) двох та більше кісток (крім човноподібної) в) човноподібної кістки г) вивих, перелоמו-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 перелому (вивиху) внаслідок однієї травми кісток зап'ястка (п'ясних 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'ясних кісток зап'ястка або променевоzap'ясного суглоба в) ампутацію єдиної кисті Примітка. Страхова Виплата у зв'язку з переломом, що не зрісся (хибним суглобом) кісток зап'ястка або п'ясних кісток здійснюється додатково за ст.82 (а) у випадку, якщо таке ускладнення травми 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	3% 3%

	<p>в) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожилків) згинача пальця, сухожилковий, суглобовий, кістковий панарицій</p> <p>Примітка:</p> <p>1. Гнійне запалення навколонігтьового валика (паронихія) не є підставою для здійснення Страхової Виплати.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою сухожиль, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобовим, сухожильним панарицієм проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми.</p>	5%
84	<p>Травма пальця, що спричинила:</p> <p>а) відсутність рухів в одному суглобі</p> <p>б) відсутність рухів у двох суглобах пальця</p> <p>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.</p>	10% 15%
85	<p>Травма пальця, що спричинила:</p> <p>а) реампутацію (повторну ампутацію) на рівні тієї самої фаланги</p> <p>б) ампутацію на рівні нігтьової фаланги</p> <p>в) ампутацію на рівні міжфалангового суглоба (втрата нігтьової фаланги)</p> <p>г) ампутацію на рівні основної фаланги, п'ясно-фалангового суглоба (втрата пальця)</p> <p>д) ампутацію пальця з п'ясною кісткою або її частиною</p> <p>Примітка. Якщо Страхову Виплату здійснено згідно зі ст.85, додаткова Страхова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.</p>	10% 10% 15% 20% 25%
ДРУГИЙ, ТРЕТІЙ, ЧЕТВЕРТІЙ, П'ЯТИЙ ПАЛЬЦІ		
86	<p>Травма одного пальця, що спричинила:</p> <p>а) відрив нігтьової пластинки</p> <p>б) ушкодження сухожилля (сухожиль) розгиначів пальця</p> <p>в) перелом, вивих, значну рубцеву деформацію фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожиль) згинача пальця, сухожильний, суглобовий, кістковий панарицій</p> <p>Примітка:</p> <p>1. Гнійне запалення навколонігтьового валика (паронихія) не є підставою для здійснення Страхової Виплати.</p>	3% 3% 5%

	2. Якщо у зв'язку з травмою сухожиль, переломом або вивихом фаланги (фаланг), кістковим, суглобним, сухожильним панарицієм проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми.	
87	Травма пальця, що спричинила: а) відсутність рухів в одному суглобі б) відсутність рухів у 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'яною 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-клубового 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	20%

	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.	40%
	НИЖНЯ КІНЦІВКА КУЛЬШОВИЙ СУГЛОБ	
91	Травма кульшового суглоба: а) відрив кісткового фрагмента (фрагментів) б) ізольований відрив вертлюга (вертлюгів) в) вивих стегна г) перелом голівки, шийки, проксимального метафізу стегна д) розрив зв'язок е) ушкодження зв'язок, що вимагає накладання фіксуючої пов'язки 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% 5% 2%
92	Травма кульшового суглоба, що спричинила: а) відсутність рухомості (анкілоз) б) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) шийки стегна в) ендопротезування г) вихлястий 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, за виключенням області суглобів	25%

	б) подвійний перелом стегна	30%
94	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%
95	Травматична ампутація або тяжка травма, що спричинила ампутацію кінцівки на будь-якому рівні стегна: а) однієї кінцівки б) єдиної кінцівки 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 меніска в) перелом: надколінка, міжвиросткового підвищення, 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 є) перелом дистального метафізу, виростків стегна з проксимальними відділами однієї або обох гомілкових кісток ж) розрив зв'язок з) ушкодження зв'язок, що вимагає накладання фіксуючої пов'язки 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.	5% 10% 15% 15% 25% 25% 35% 5% 2%

	<p>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.</p> <p>3. Не визнається Страховим Випадком і Страхова Виплата не здійснюється, якщо подія була прямо або опосередковано пов'язана із пошкодженням/розривом меніска колінного суглоба, якщо Нещасний Випадок відбувся або діагноз встановлено протягом перших 180-ти (ста вісімдесяти) днів дії програми.</p>	
97	<p>Травма ділянки надколінка, що спричинила:</p> <p>а) відсутність рухомості суглоба</p> <p>б) колінний суглоб, що «вихляється» внаслідок резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають</p> <p>в) ендопротезування</p> <p>Примітка. Страхова Виплата за ст.97 сплачується додатково до Страхової Виплати здійсненої у зв'язку з травмою колінного суглоба.</p>	<p>25%</p> <p>45%</p> <p>40%</p>
	ГОМІЛКА	
98	<p>Перелом кісток гомілки (за виключенням ділянки суглобів):</p> <p>а) малогомілкової, відриви кісткових фрагментів</p> <p>б) великої гомілкової, подвійний перелом малої гомілкової</p> <p>в) обох кісток, подвійний перелом великої гомілкової</p> <p>Примітка:</p> <p>1. 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.</p>	<p>5%</p> <p>15%</p> <p>20%</p>
99	<p>Перелом кісток гомілки, який спричинив перелом, що не зрісся (хибний суглоб) (за виключенням кісткових фрагментів):</p> <p>а) малогомілкової кістки</p> <p>б) великої гомілкової кістки</p> <p>в) обох кісток</p> <p>Примітка:</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>10%</p> <p>30%</p> <p>40%</p>
100	<p>Травматична ампутація або тяжка травма, що спричинила:</p> <p>а) ампутацію гомілки на будь-якому рівні</p> <p>б) екзартикуляцію в колінному суглобі</p>	<p>60%</p> <p>70%</p>

	<p>в) ампутацію єдиної кінцівки на будь-якому рівні гомілки</p> <p>Примітка: Якщо Страхову Виплату здійснено у зв'язку з ампутацією гомілки, додаткова Страхова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.</p>	100%
ГОМІЛКОВОСТОПНИЙ СУГЛОБ		
101	<p>Травма ділянки гомілковостопного суглоба:</p> <p>а) перелом однієї кісточки, ізольований розрив міжгомілкового синдесмозу</p> <p>б) перелом обох кісточок або перелом однієї кісточки з краєм великої гомілкової кістки</p> <p>в) перелом обох кісточок з краєм великої гомілкової кістки</p> <p>г) розрив сухожилля</p> <p>д) розрив зв'язок</p> <p>е) ушкодження зв'язок, що вимагає накладання фіксуючої пов'язки</p> <p>Примітка:</p> <p>1. У разі перелому кісток гомілковостопного суглоба, що супроводжується розривом міжгомілкового синдесмозу, підвивихом (вивихом) стопи, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми.</p> <p>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.</p>	<p>5%</p> <p>10%</p> <p>15%</p> <p>4%</p> <p>5%</p> <p>2%</p>
102	<p>Травма області гомілковостопного суглоба, що спричинила:</p> <p>а) відсутність рухомості гомілковостопного суглоба</p> <p>б) гомілковостопний суглоб, що "хилитається" внаслідок резекції суглобних поверхонь кісток, що його складають</p> <p>в) екзартикуляцію у гомілковостопному суглобі</p> <p>Примітка: Якщо внаслідок травми гомілковостопного суглоба Застрахована Особа зазнала ускладнень, перерахованих у ст.102, Страхова Виплата здійснюється згідно з одним з підпунктів, що враховує найбільш тяжке ускладнення.</p>	<p>20%</p> <p>40%</p> <p>50%</p>
103	<p>Травма Ахіллового сухожилля:</p> <p>а) у разі консервативного лікування</p> <p>б) у разі оперативного лікування</p>	<p>5%</p> <p>15%</p>
СТОПА		
104	<p>Травма стопи:</p> <p>а) перелом, вивих однієї кістки (за виключенням п'яtkової та таранної), розрив зв'язок стопи, що вимагає фіксації гіпсовою пов'язкою</p> <p>б) перелом, вивих двох кісток, перелом таранної кістки</p> <p>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)</p>	<p>5%</p> <p>10%</p> <p>15%</p>

	<p>Примітка:</p> <p>1. Якщо у зв'язку з переломом або вивихом кісток або розривом зв'язок стопи проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми.</p> <p>2. У разі переломів або вивихів кісток стопи, що Застрахована Особа зазнала внаслідок різних травм, Страхова Виплата здійснюється з урахуванням факту кожної з травм.</p>	
105	<p>Травма стопи, що спричинила:</p> <p>а) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) однієї-двох кісток (за виключенням п'яткової та таранної кісток)</p> <p>б) перелом, що не зрісся (хибний суглоб) трьох та більше кісток, а також п'яткової або таранної кістки</p> <p>в) артродез підтаранного суглоба, поперечного суглоба передплесни (Шопара) або передплесно-плеснового (Лисфранка)</p> <p>г) ампутацію на рівні:</p> <p>1) плесно-фалангових суглобів (відсутність всіх пальців стопи)</p> <p>2) плеснових кісток або передплесни</p> <p>3) таранної, п'яткової кісток (втрата стопи)</p> <p>Примітка:</p> <p>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.</p> <p>2. Якщо Страхову Виплату здійснено у зв'язку з ампутацією стопи, додаткова Страхова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.</p>	<p>5%</p> <p>15%</p> <p>20%</p> <p>30%</p> <p>40%</p> <p>50%</p>
	ПАЛЬЦІ СТОПИ	
106	<p>Перелом, вивих фаланги (фаланг), ушкодження сухожилля (сухожилків):</p> <p>а) одного пальця, відрив нігтьової пластинки</p> <p>б) двох - трьох пальців</p> <p>в) чотирьох - п'яти пальців</p> <p>Примітка: Якщо у зв'язку з переломом, вивихом або ушкодженням сухожилля пальця проводились оперативні втручання, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 3 % від Страхової Суми.</p>	<p>3%</p> <p>5%</p> <p>10%</p>
107	<p>Травматична ампутація або травма пальців стопи, що спричинила ампутацію:</p> <p>Першого пальця:</p> <p>а) на рівні нігтьової фаланги або міжфалангового суглоба</p>	<p>5%</p>

	<p>б) на рівні основної фаланги або плесно-фалангового суглоба другого, третього, четвертого, п'ятого пальців</p> <p>в) одного-двох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг</p> <p>г) одного-двох пальців на рівні основних фаланг або плесно - фалангових суглобів</p> <p>г) трьох-чотирьох пальців на рівні нігтьових або середніх фаланг</p> <p>д) трьох-чотирьох пальців на рівні основних фаланг або плесно - нігтьових суглобів</p> <p>Примітка:</p> <p>1. Якщо Страхову Виплату здійснено згідно зі ст. 107, додаткова Страхова Виплата за оперативні втручання, післяопераційні рубці не здійснюється.</p> <p>2. Якщо у зв'язку з травмою було проведено ампутацію пальця з плесною кісткою або її частиною, додатково здійснюється одноразова Виплата у розмірі 5 % від Страхової Суми.</p>	<p>10%</p> <p>5%</p> <p>10%</p> <p>15%</p> <p>20%</p>
108	<p>Травма, що спричинила:</p> <p>а) утворення лігатурних свищів</p> <p>б) лімфостаз, тромбофлебіт, порушення трофіки</p> <p>в) остеомієліт, в тому числі гематогенний остеомієліт</p> <p>Примітка:</p> <p>1. Ст.108 застосовується у випадку тромбофлебітів, лімфостазу та порушеннях трофіки, що Застрахована Особа зазнала внаслідок травми опорно-рухового апарата (за виключенням ушкодження великих периферійних судин та нервів).</p> <p>2. Нагнійні запалення пальців стоп не є підставою для здійснення Страхової Виплати.</p>	<p>5%</p> <p>10%</p> <p>20%</p>
109	<p>Травматичний шок, геморагічний, анафілактичний шок, що розвинувся у зв'язку з травмою</p> <p>Примітка. Страхова Виплата за ст.109 здійснюється додатково до Виплат, здійснених у зв'язку з травмою.</p>	<p>5%</p>
110	<p>Випадкове гостре отруєння, асфіксія (удушення), кліщовий або післящепленневий енцефаліт (енцефаломієліт), ураження електрострумом (атмосферною електрикою), укуси змій, отруйних комах, гостре отруєння внаслідок контакту з отруйними рослинами, правець, ботулізм (у разі відсутності даних щодо ураження внаслідок зазначених подій окремих органів) за стаціонарного лікування:</p> <p>а) 6 - 10 днів</p> <p>б) 11 - 20 днів</p> <p>в) більше 20 днів</p> <p>Примітка: Якщо у медичному висновку зазначено, що події, перераховані у ст. 110, спричинили ушкодження будь-яких органів, Страхова Виплата здійснюється згідно з відповідними статтями. Ст.110 у цьому випадку не застосовується.</p> <p>Алергійні реакції, а також їх ускладнення, отруєння внаслідок вживання рослин, їх екстрактів або інших похідних в якості лікарських засобів</p>	<p>5%</p> <p>10%</p> <p>15%</p>

	нетрадиційної медицини є виключенням .	
111	<p>У разі настання Страхового Випадку, що настав 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:</p> <p>а) у разі безперервного лікування тривалістю від 10 до 15 днів включно</p> <p>б) у разі безперервного лікування тривалістю понад 15 днів</p> <p>Примітка: Стаття 111 не застосовується, якщо внаслідок настання Страхового Випадку була здійснена Страхова виплата за іншою статтею (статтями) цієї Таблиці</p>	<p>2%</p> <p>3%</p>

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
6 - 10	10	15	17	20
11 - 20	15	20	25	35
21 - 30	20	25	45	55
31 - 40	25	30	70	75
41 - 50	30	40	85	90
51 - 60	35	50	95	95
61 - 70	45	60	100	100
71 - 80	55	70	100	100
81 - 90	70	80	100	100
понад 91	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;

4.3. Таблиця Страхових Виплат, що здійснюються у зв'язку зі зниженням 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	0,3 0,2 0,1 Нижче за 0,1 0,0	5 5 10 15 20 30 40 50				
	0,8	5							
	0,7	5							
	0,6	10							
	0,5	10							
	0,4	10							
	0,3	15							
	0,2	20							
	0,1	30							
	Нижче за 0,1	40							
0,0	50								
0,9	0,8	3	0,3	0,2 0,1 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							
	Нижче за 0,1	40							
	0,0	50							
0,8	0,7	3	0,2	0,1 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							
	Нижче за 0,1	40							
	0,0	50							
	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							
Нижче за 0,1		30							
0,0		40							
0,6		0,5	5	Нижче за 0,1	0,0	20			
		0,4	5						
	0,3	10							
	0,2	10							
	0,1	15							
	Нижче за 0,1	20							
	0,0	25							
0,5	0,4	5							
	0,3	5							
	0,2	10							
	0,1	10							
	Нижче за 0,1	15							
0,0									

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

4.3.1.1. Рішення про виплату Страхової Суми у зв'язку з погіршенням гостроти зору внаслідок травми ухвалюється після відповідного лікування, але не раніше ніж через 90 (дев'яносто) днів 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, насильницькими та випадковими подіями;

5.2. Випадки, передбачені у 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, дресирувальники);
- 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);
- аварійно-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;

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: автомобільним або моторизованим спортом із використанням 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 пасажир 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 пілотування, або перебування в якості пасажир на планері або планері, який пілотується вручну, у випадку стрибка з парашутом Застрахованої Особи;

5.3.6. Участь у військових маневрах, навчаннях, випробовуванні 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 дії цієї Програми, окрім випадків, якщо Договір Страхування діяв та страхові послуги надавались протягом 3 (трьох) років поспіль з дати введення в дію Договору Страхування;

5.3.9. Проходження будь-яких експериментальних, дослідних та діагностичних процедур;

5.3.10. Лікування у фахівців з мануальної терапії, остеопатів або інших фахівців, 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 його/її пересування як пасажир на такому транспортному засобі, окрім випадків, коли використання такого транспортного засобу пов'язане з виконанням Страхувальником службових обов'язків, з урахуванням пункту 5.3.1. цієї Програми.

Дія цього виключення зі Страхових Випадків не розповсюджується на Застрахованих Осіб, які вказали пересування мотоциклетним транспортним засобом як своє хобі та надали роз'яснення на вимогу Страховика, що було враховано під час оцінки страхових ризиків та розрахунку розміру Страхової Премії за Програмою та підтверджено відповідною доплатою згідно таких розрахунків. При цьому, обставини Страхового Випадку відповідають усім іншим вимогам Правил добровільного страхування життя;

5.3.12. Тілесні ушкодження внаслідок Нещасного випадку, які спричинили люмбаго або запалення сідничного нерва;

5.3.13. Спроба самогубства у будь-який час або тілесні ушкодження, навмисно нанесені Застрахованій Особі 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 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.

6.2. 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 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 лікаря 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.

6.3. Виписка з медичної карти стаціонарного хворого із зазначенням точного діагнозу, виписний 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.

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, 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 звільняється від своїх відповідних зобов'язань до наступної річниці дії Програми у випадку виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі - здійснення виплати 100% Страхової Суми внаслідок одного або кількох Нещасних Випадків у випадку тілесних ушкоджень Застрахованої Особи. Зобов'язання Страховика може бути поновлено у разі сплати наступної Страхової Премії за Програмою.

8.3. Додатково до статті 18. Правил дія цієї Програми припиняється:

8.3.1. Якщо Застраховану Особу визнано психічно хворою; або

8.3.2. Якщо Застрахована Особа вступила до військових 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 наземним, морським чи повітряним силам будь-якої країни під час війни, оголошеної чи не оголошеної; або

8.3.4. На чергову річницю дії Програми після 65 (шістдесят п'ятого) дня 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 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 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 цієї Програми сплата додаткової Страхової Премії припиняється і зобов'язання Страховика за цією Програмою припиняються, за винятком зобов'язання повернення Страхувальнику, 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 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. Прикінцеві положення

9.1. До цієї Програми не застосовуються положення Правил добровільного страхування життя щодо:

- 9.1.1. Надання автоматичного кредиту для сплати Страхових Премій (пункт 6.5 Правил);
- 9.1.2. Набуття Договором Страхування статусу Сплаченого Договору Страхування (пункт 6.6 Правил);
- 9.1.3. Дострокового припинення дії Договору Страхування (стаття 14. Правил);
- 9.1.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);
- 9.1.5. Положення про порядок 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. Страхувальник має право відмовитись від таких змін протягом 30 (тридцяти) календарних днів. Якщо Страхувальник відмовляється прийняти зміни, Страховик має право достроково припинити дію Програми з дати чергової річниці її дії шляхом письмового повідомлення Страхувальника.
- 9.3. Страховик має право відмовитися вносити будь-які зміни до Договору Страхування після настання Страхового Випадку за цією Програмою.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Операційний директор


М.З. Шарвадзе/

/ Г.Є. Сиза/

Додаток №1.3
Договору добровільного страхування життя
за пакетом програм «Моє здоров'я»
(приєднання) № MZ-1_20.05.2019
(Публічна частина, оферта) від «15» вересня 2022 року

Додаток 1-3

**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. Страхуваними 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 у разі смерті Застрахованої Особи до дати, зазначеної у Страховому Полісі або у Договорі Страхування як дата закінчення дії цієї Програми; або
 - 2.2. Застрахованій Особі, 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 Викупної 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 Страхових Премій (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 ініціативи Страхувальника (стаття 14 Правил);
 - 4.4. Права на Негарантований бонус (пункт 20.1 Правил);
 - 4.5. Положення про індексацію для Програм страхування основних ризиків (Додаток 1-16) та Положення про порядок здійснення Страхових Виплат (Додаток 1-25).
 - 4.6. 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 відмовитись від таких змін протягом тридцяти днів. Якщо Страхувальник 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 її дії шляхом письмового повідомлення Страхувальника.
5. Всі прямо не зазначені в тексті Програми умови визначаються відповідно до умов Правил добровільного страхування життя.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Операційний директор
Україна
Л.С. Швабдзе/
Директор відділу з роботи
з фінансовими установами
код 32109907
Т.Є. Сиза/

